

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA PODNIKOHOSPODÁŘSKÁ

Zlepšování kvality služeb zdravotnického zařízení

Quality Improvement of Medical Organization Services

Student: Martina Brňovjáková

Vedoucí bakalářské práce: doc. Dr. Ing. Pavel Blecharz

Ostrava 2012

Zadání bakalářské práce

Student: **Martina Brňovjaková**
Studijní program: B6208 Ekonomika a management
Studijní obor: 6208R020 Ekonomika podniku
Specializace: 00 Ekonomika podniku
Téma: **Zlepšování kvality služeb zdravotnického zařízení**
Quality Improvement of Medical Organization Services

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Teoretická východiska pro hodnocení kvality služeb
 3. Analýza kvality služeb zdravotnického zařízení
 4. Navrhovaná řešení pro zkvalitnění služeb
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

- BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2011. 122 s. ISBN 978-80-86929-75-0.
- NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2008. 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.
- VEBER, Jaromír a kol. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2010. 359 s. ISBN 978-80-7261-210-9.

Formální náležitosti a rozsah bakalářské práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. Dr. Ing. Pavel Blecharz**

Datum zadání: 25.11.2011

Datum odevzdání: 11.05.2012



Ing. Josef Kašík, Ph.D.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením svého vedoucího bakalářské práce, s použitím literatury, kterou uvádím v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 11. května 2012

.....
Martina Brňovjáková

OBSAH

1	Úvod.....	6
2	Teoretická východiska pro hodnocení kvality služeb	7
2.1	Kvalita	7
2.2	Management kvality	9
2.2.1	Historický vývoj	9
2.2.2	Základní principy managementu kvality	10
2.2.3	Koncepce managementu kvality	14
2.3	Kvalita ve službách.....	18
2.3.1	Pojem „služba“	18
2.3.2	Proces poskytování služby	19
2.3.3	Očekávání a spokojenost zákazníka	19
2.4	Kvalita ve zdravotnictví.....	20
2.5	Spokojenost a loajalita zákazníků.....	20
2.5.1	Spokojenost	20
2.5.2	Loajalita.....	21
2.5.3	Měření spokojenosti a loajality	21
2.6	Sběr dat	22
2.6.1	Marketingový výzkum	22
2.6.2	Typy dat.....	24
2.6.3	Metody sběru dat	25
2.6.4	Dotazník	26

2.6.5	Typy otázek	27
2.7	Nástroje a techniky kvality	29
2.7.1	Nástroje kvality	29
2.7.2	Techniky kvality	33
2.8	Hodnocení	34
3	Analýza kvality služeb zdravotnického zařízení	35
3.1	Zdravotnické zařízení – Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.	35
3.1.1	Historie nemocnice	35
3.1.2	Organizační struktura nemocnice	36
3.1.3	Politika kvality nemocnice	36
3.1.4	Dlouhodobá vize nemocnice	38
3.2	Výběr oddělení a metody sběru dat	38
3.2.1	Oddělení	38
3.2.2	Metoda sběru dat	39
3.3	Sestavení dotazníků a sběr dat	39
3.4	Vyhodnocení dat	41
3.4.1	Rozdělení respondentů podle pohlaví	41
3.4.2	Aritmetický průměr	43
3.4.3	Okno zákazníka	48
3.4.4	Index spokojenosti zákazníků (I_{sz})	51
3.5	Závěrečné shrnutí výsledků	59
4	Navrhovaná řešení pro zkvalitnění služeb	60

4.1	Ambulance	60
4.2	Lůžková část	62
5	Závěr	64
	Seznam použité literatury	65
	Seznam zkratek.....	67
	Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce	
	Seznam příloh	
	Přílohy	

1 ÚVOD

Pojem „kvalita“ je v dnešní době vnímán zákazníky daleko citlivěji, než tomu bylo dříve. Podniky či poskytovatelé služeb mají dnes v této oblasti k dispozici rozsáhlejší a detailnější poznatky, na jejichž základě mohou kvalitu lépe definovat a při výrobě či poskytování služby ji tak lépe zajišťovat na co nejvyšší možné úrovni.

Ovšem nejen podniky a poskytovatelé služeb mají v dnešní době k dispozici více informací. Stále vzdělanější skupinou se v oblasti vnímání kvality stávají zákazníci a firmy by na to měly pamatovat.

A také pamatují, což se projevuje především tím, že se stále častěji uchylují, při hodnocení kvality svých výrobků či poskytovaných služeb, k hodnocení spokojenosti zákazníků s kvalitou jejich produktu. Na základě výsledků těchto hodnocení pak přistupují k různým opatřením, majícím za následek zlepšování kvality jejich produktu.

Předmětem této bakalářské práce je zhodnocení kvality služeb vybraného zdravotnického zařízení, tedy Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.

Cílem práce je zhodnotit dosavadní spokojenost pacientů se službami poskytovanými Nemocnicí ve Frýdku-Místku a navrhnout opatření, která by vedla ke zlepšení kvality poskytovaných služeb.

Pro zajištění lepší vypovídací schopnosti a nezkreslenosti této práce bude v nemocnici vybráno pouze jedno oddělení, skládající se ze dvou částí. První částí bude ambulance, druhou pak lůžková část.

Hlavní použitou metodou bude dotazování pacientů vybraného nemocničního oddělení za pomoci předem sestavených dotazníků, které pacienti sami vyplní. Pro každou část oddělení bude vytvořen zvláštní dotazník.

Dotazníky budou následně zhodnoceny za pomoci metod aritmetického průměru, okna zákazníka a indexu spokojenosti zákazníka. Na základě výsledků těchto metod pak budou navržena doporučení ke zlepšení stávající kvality služeb nemocnice tam, kde to bude zapotřebí.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRO HODNOCENÍ KVALITY SLUŽEB

2.1 Kvalita

Původem latinské slovo, jehož českým ekvivalentem je pojem jakost. Slova kvalita a jakost jsou tedy vzájemnými synonymy a jejich jediný rozdíl spočívá v různých lingvistických původech.

Přestože pojem kvalita skloňujeme ve všech pádech především až v posledních stoletích, jeho první výskyt se datuje až do dob před naším letopočtem. Konkrétně známý filozof Aristoteles je autorem jedné z nejstarších definic jakosti vůbec [11].

Definice se v průběhu staletí v mnohém měnila, neboť její vymezení se postupem času stávalo nedostačujícím. V dnešní době však stále neexistuje jedna konkrétní podoba definice, na které by se shodly všechny odborné publikace a slovníky. Setkat se tak můžeme s mnoha různými výklady tohoto pojmu, z nichž několik nejznámějších udává, že:

- kvalita je způsobilost pro užívání,
- kvalita je shoda s požadavky zákazníků,
- kvalita je to, co za ni považuje zákazník,
- kvalita je spokojenost zákazníka,
- kvalita znamená, že se vrací zákazník ne výrobek,
- kvalita je minimum ztrát, které výrobek dále způsobí společnosti od okamžiku své expedice.

Nicméně za univerzálně uznávanou a nejčastěji používanou se považuje definice normy ISO 9000. Česká verze této normy s oficiálním názvem ČSN EN ISO 9000:2006 vymezuje pojem kvalita jako „stupeň splnění požadavků souborem inherentních charakteristik“.

Slovo „inherentní“ znamená, že daná charakteristika (znak) je pro vyráběný výrobek či poskytovanou službu typická. Představuje tedy hlavní funkci, pro kterou je daný produkt navržen a vyroben, potažmo poskytován (např. přehrávání hudby u MP3 přehrávače, pořízení hlasového záznamu u diktafonu nebo vyléčení zdravotních obtíží daným léčivem).

Z věcného hlediska pak pod pojmem kvalita nacházíme současné splnění tří základních požadavků, kterými jsou:

- bezvadnost,
- stabilita,
- kvalitativní parametry. [14]

Bezvadnost znamená, že “mají-li být výrobek nebo služba považovány za kvalitní, nemohou mít jakékoliv vady či nedostatky”.¹ Pokud je totiž výrobek na první pohled poškozen nebo je naprosto nefungující, zákazník toto zpravidla okamžitě snadno odhalí a takovému výrobku se při nakupování raději vyhne. Na druhou stranu ale nelze očekávat, že bude v průběhu výrobního procesu bezvadnost stoprocentní. Za tímto účelem byla proto zavedena kritéria pro přijatelnou hodnotu vadných výrobků na celkový počet vyrobených výrobků.

Stabilita představuje protiklad k fluktuaci, tedy že v průběhu nejen výrobního procesu, ale také při dodávkách odběratelům, nebude docházet ke znatelným výkyvům v počtu vyrobených výrobků, v úrovni jejich kvality či době dodání. Stabilitu lze zajistit přímo v plánování a průběhu výroby, což je jedna z hlavních snah managementu jakosti, nebo precizní výstupní kontrolou. Takováto kontrola je však v porovnání s implementací během výroby mnohem nákladnější. [14]

Kvalitativní parametry. Zákazníci často považují za kvalitnější ten výrobek, který jim nabízí lepší parametry (např. délka pohotovostního režimu, jemnější rozlišení displeje mobilního telefonu či delší životnost). Z hlediska kvality se však tyto parametry skládají ze dvou složek, které jsou spojeny:

- přímo s vlastnostmi produktu (parametry),
- s doprovodnými službami (např. předvedení výrobku, dostupnost náhradních dílů či pozáruční servis). [14]

V moderním pojetí se již kvalita nevztahuje pouze na hmotný produkt, jako tomu bylo dříve, ale rovněž ke všem činnostem a procesům, které slouží k uspokojování potřeb zákazníka. [1]

Zabezpečování kvality je nutné ve všech fázích životního cyklu produktu, tedy nejen ve fázích předvýrobních a výrobních, ale také ve fázích, kdy se již daný produkt v podniku nenachází. Zde se zahrnuje především jeho užívání zákazníkem. Spadají sem ale také všechny úkony spojené s likvidací produktu a její dopad na životní prostředí. [1]

Zabezpečit kvalitu ve všech těchto fázích je logicky velice náročné jak na čas, tak na koordinaci všech dílčích činností s tímto spojených. Špatné řešení těchto problémů pak s sebou přináší také několikanásobně vyšší náklady při odstraňování následků a zavádění nových a správných řešení.

¹ VEBER, Jaromír a kol. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce*. 2010. s. 11.

2.2 Management kvality

Neboť kvalita zasahuje do všech oblastí podniku a její řízení je tedy rozsáhlé, vyčleňují v dnešní době podniky ve své hierarchii jako jednu z hlavních oblastí řízení i management kvality (jakosti), který představuje všechny činnosti spojené s vedením a řízením podniku v této oblasti.

Podle normy ČSN EN ISO 9000:2006 je definován jako „koordinované činnosti pro vedení a řízení organizace, pokud se týče jakosti“.

Podle této normy se činnosti managementu kvality člení do čtyř hlavních oblastí:

- plánování,
- řízení,
- prokazování,
- zlepšování. [11]

Plánování představuje tu část managementu kvality, ve které si podnik stanoví své cíle. Tedy čeho chce v budoucnu v oblasti kvality dosáhnout a jaké prostředky pro dosahování svých cílů použije.

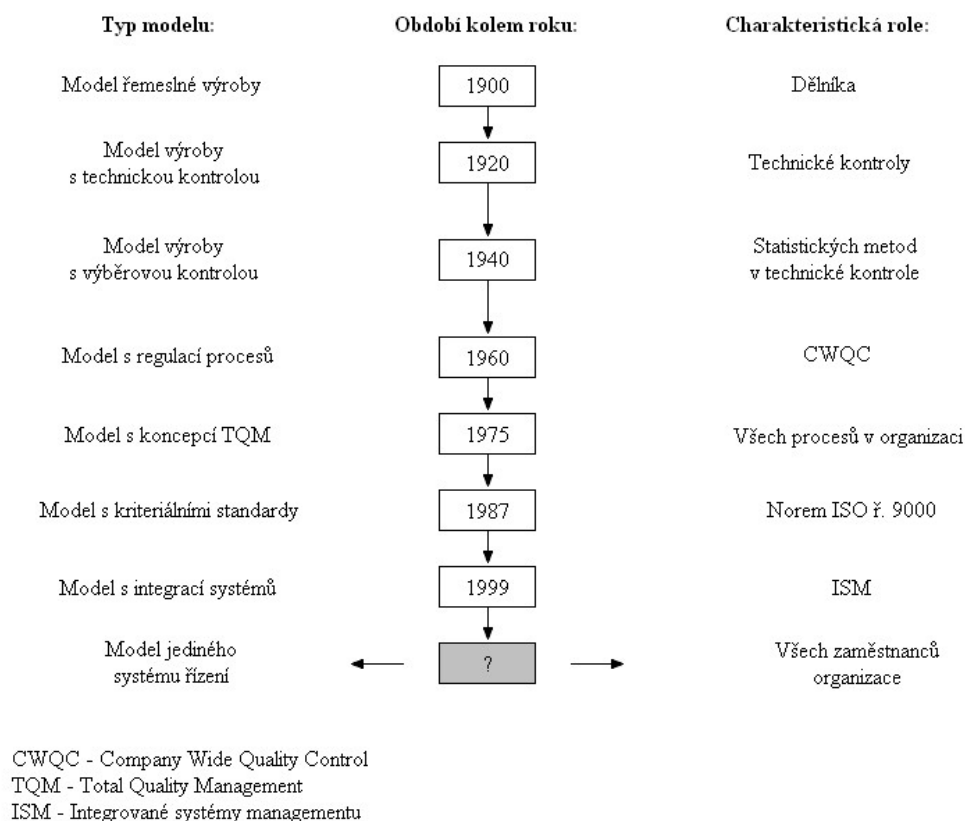
Řízení je část managementu kvality, která má za úkol plnit požadavky, které jsou na kvalitu kladeny. [11]

Prokazování má v managementu kvality za úkol ověřit a prokázat, jak se v podniku dodržuje kvalita porovnáním s danými požadavky. Jedním z hlavních nástrojů prokazování je audit jakosti. [11]

Zlepšování obecně znamená dosáhnout v daném období lepších výsledků než v období předcházejícím. V oblasti kvality je to stejné. Jde o činnosti, které mají za úkol plnit požadavky na jakost na vyšší úrovni než v minulosti.

2.2.1 Historický vývoj

Přístupy managementu kvality se v průběhu minulosti v mnohém změnily. Nejznatelnějšími změnami, které měly v konečném důsledku největší vliv na rozvoj kvality, prošly v průběhu minulého století. Dány jsou především vývojem organizace výroby a složitostí výrobků. [14] Časovou osu 20. století, s nejdůležitějšími milníky managementu kvality, znázorňuje obrázek 2.1.



Obrázek 2.1 Historické milníky managementu jakosti ve 20. Století (Zdroj: [11], s. 17)

2.2.2 Základní principy managementu kvality

V současné době můžeme na základě novodobých přístupů managementu jakosti a norem ISO řady 9000 nadefinovat osm základních principů:

- zaměření na zákazníka,
- vůdcovství,
- zapojení zaměstnanců,
- procesní přístup,
- systémový přístup k managementu,
- neustálé zlepšování,
- management na základě faktů,
- vzájemně prospěšné vztahy s dodavateli. [11]

a) Princip zaměření na zákazníka

Podle definice normy ČSN EN ISO 9000:2006 se pod pojmem zákazník rozumí „organizace nebo osoba, která přijímá produkt“. Přičemž produktem může být jak výrobek, tak poskytnutá služba jakéhokoli charakteru.

„Podstatou tohoto principu je pak následující tvrzení: externí zákazníci jsou konečným arbitrem rozhodujícím o existenci organizací; ty by proto měly dělat vše pro trvalé uspokojování požadavků externích zákazníků.“²

Pro podnik je důležité nadefinovat si své zákazníky, zjistit jejich požadavky na daný produkt a předat je dál svým zaměstnancům, rychle a efektivně je plnit, rozvíjet vztahy se zákazníky, měřit jejich spokojenost a loajalitu. [11]

b) Princip vůdcovství

„Podstata tohoto principu je obsažena ve výroku o tom, že řídicí pracovníci musí být pozitivním příkladem ostatním zaměstnancům organizace svým chováním, postoji a jednáním, které garantuje stálost účelu organizace a její strategické směřování.“³

Tento princip tak od manažerů vyžaduje především zkoumání a poznání potřeb zákazníků, zaměstnanců a podniku, sestavení jasného poslání a vize a stanovování reálných cílů. Manažeři musí vystupovat tak, aby byli pro své podřízené autoritou a vzorem. Měli by se rovněž aktivně účastnit zlepšování. [11]

c) Princip zapojení zaměstnanců

„Právě znalosti zaměstnanců a jejich aktivita jsou dnes považovány za nejcennější kapitál. Uvolňování potenciálu zaměstnanců prostřednictvím sdílení hodnot a kultury organizace, založené na důvěře a zmocnění zaměstnanců, podporuje aktivní zapojení lidí do všech činností organizace.“⁴

Klíčové je srozumět zaměstnance s tím, jak konkrétně je jejich role v podniku důležitá pro plnění cílů a pravidelným hodnocením zaměstnanců dosahovat zlepšování jejich výkonnosti. Poskytovat jim možnost dalšího vzdělávání a prohlubování stávajících znalostí, přidělovat jim nové odpovědnosti a pravomoci. [11]

d) Princip procesního přístupu

Slovo proces představuje soubor činností, které svým působením mění vynakládané vstupy na konečné výstupy. Základní model procesu je zachycen na obrázku 2.2.

„Podstatou tohoto principu je tvrzení, že organizace pracují efektivněji a výsledky jsou dosahovány s vyšší účinností, pokud vzájemně související činnosti jsou chápány a řízeny jako procesy.“⁵

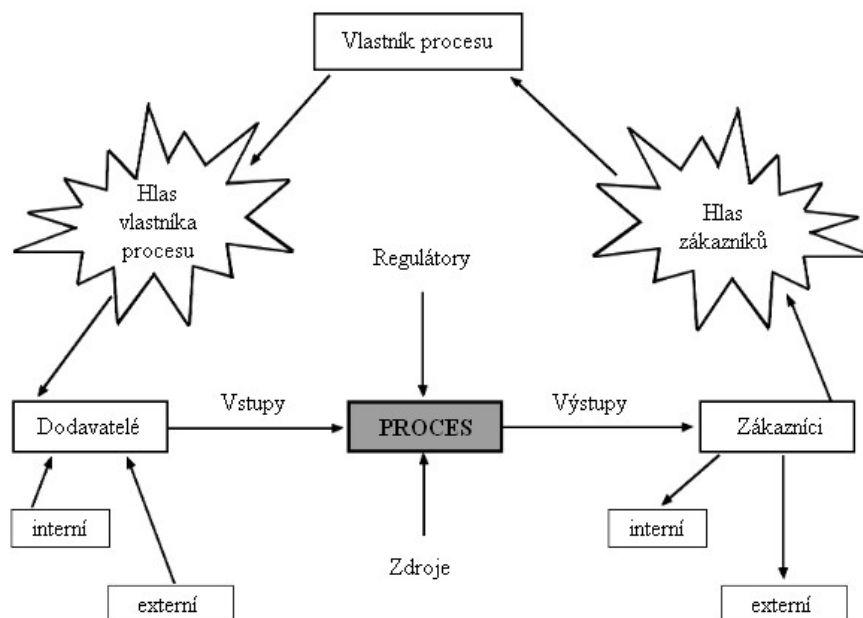
² NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 26.

³ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 27.

⁴ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 27.

⁵ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 29.

Tento princip pro svou aplikaci potřebuje definování procesů nutných pro dosahování cílů a rovněž definování struktury klíčových procesů. Důležité je určit vlastníky daných procesů, monitorovat a měřit výkonnost procesů, zlepšovat výkonnost procesů a posuzovat rizika a důsledky procesů. [11]



Obrázek 2.2 Základní model procesu (Zdroj: [10], s. 15)

e) Princip systémového přístupu k managementu

„Identifikace, pochopení a řízení vzájemně souvisejících procesů jako systému přispívá k vyšší efektivnosti a účinnosti při dosahování cílů organizace.“⁶

Management kvality tedy musí představovat soubor na sebe navazujících procesů, přičemž vlastníci procesů budou plnit dvě role – roli dodavatele a roli odběratele, protože výstupy předcházejícího procesu budou představovat vstupy pro proces následující. Nutné tedy je dosáhnout logické posloupnosti procesů, správně uvolňovat nutné zdroje, včasné odhalovat neshody a neustále monitorovat výkonnost. [11]

f) Princip neustálého zlepšování

„Všechny organizace mají vždy dostatek příležitostí k dalšímu zlepšování. Inovace by měly být orientovány na procesy a tvorbu nových hodnot pro všechny zainteresované strany.“⁷

⁶ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 30.

⁷ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 31.

Ke zlepšování může docházet postupně po krocích či zlomově, revolučně, tedy najednou ve větším rozsahu. Aby ovšem podnik ke zlepšování kvality mohl přistoupit, musí se naučit odhalovat své slabé stránky, chápat je jako příležitost, plánovat činnosti pro zlepšování, cvičit zaměstnance ve smyslu zdokonalování jejich znalostí, monitorovat realizovaná zlepšení a měřit jejich přínos. [11]

g) Princip managementu na základě faktů

„Rozhodovací procesy by měly být na všech úrovních řízení co nejobjektivnější. Proto se vyžaduje, aby efektivní a správná rozhodnutí manažerů byla založena na hluboké analýze dat a informací, nikoli na pocitech a subjektivních názorech.“⁸

Důležité je monitorovat a měřit spokojenost všech stran, sbírat data systematicky ze všech zainteresovaných procesů a ověřovat jejich spolehlivost a objektivitu, provádět analýzu těchto dat a její přezkoumávání a realizovat především rozhodnutí odvozená od trendů výkonnosti. [11]

h) Princip vzájemně prospěšných vztahů s dodavateli

Všechny podniky (výrobní i nevýrobní) jsou v dnešní době nuceny nakupovat suroviny, sjednávat vykonávání služeb, na které samy nestačí, či zjišťovat další informace pro svůj rozvoj. Žádný podnik se tak neobejde bez dodavatelů, se kterými se vyplatí mít dobré vztahy. Jejich spolehlivost totiž významně ovlivňuje výkonnost daného podniku.

„Každá organizace pracuje efektivněji, pokud rozvíjí se svými dodavateli vztahy partnerství založené na vzájemné důvěře, sdílení znalostí a integraci. Dodavatel musí být partnerem, ne nepřítelem!“⁹

Vytvořit s dodavateli dobré a hlavně dlouhodobé vztahy vyžaduje stanovit si strategii vzájemných vztahů, definovat významné dodavatele, hodnotit potenciální dodavatele na základě kritérií jejich výběru, vytvářet opatření k řešení problémů na náklady podniku, stále s dodavateli komunikovat a vytvářet společné projekty pro zlepšování. Na druhé straně ale nesmí být opomíjeno ověřování shody dodávek a průběžné hodnocení dodavatelů z hlediska schopnosti plnit závazky. Pro lepší motivaci dodavatelů pak slouží vytváření podmínek pro dlouhodobé vztahy. [11]

⁸ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 32.

⁹ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 33.

2.2.3 Koncepce managementu kvality

a) Odvětvové standardy

Historicky nejstarší koncepce, která svou náročností spadá mezi ISO a TQM, je založena na vytváření systémových přístupů k managementu kvality. Tato koncepce zavedla formou norem jednotlivé požadavky na systémy, které jsou uplatňovány v daných odvětvích dodnes. [11]

Mezi odvětvové standardy patří například:

- **GMP** – Good Manufacturing Practice, postupy správné výrobní praxe, které se využívají především ve farmacii, jak při samotné výrobě, tak také při skladování, přepravě a distribuci léčiv,
- **ASME** – oblast těžkého strojírenství,
- **API** – standardy pro kvalitu olejářských trubek,
- **AQAP** – normy kvality pro dodavatele armád zemí NATO,
- **IRIS** – rozvoj systémů kvality pro dodavatele kolejových vozidel,
- **ISO/TS 16949** – normy kvality v automobilovém průmyslu. [11]

Mezi základní charakteristiky odvětvových standardů patří to, že respektují platnou normu ISO 9001, kterou navíc obohacují o další požadavky, které jsou typické pro různá odvětví (vždy pro dané odvětví, nejsou platné obecně). Pro jejich implementaci jsou nutné speciální postupy při certifikaci a některé z nich již zahrnují požadavky na bezpečnost zaměstnanců a ochranu životního prostředí. [11]

b) Normy ISO

První sada norem ISO, která se zabývala čistě jen požadavky na systém kvality, byla zveřejněna v roce 1987 **Mezinárodní organizací pro normy ISO**. Původně se jednalo o pět norem, které jsou dodnes označovány jako normy ISO řady 9000. [12]

K základním charakteristikám těchto norem patří:

- univerzálnost (aplikovatelné ve všech podnicích, ať už jsou jejich výstupem výrobky či služby),
- pouze doporučující charakter, nejsou závazné (závaznými se stanou až v případě, že se k jejich dodržování zaváže dodavatel ve smlouvě s odběratelem),
- představují soubor minimálních požadavků, nikoli maximum dosažitelného,

- pouze začátek cesty ke špičkové jakosti. [12]

Výčet norem ISO a jejich funkcí:

- **ČSN EN ISO 9000** – Systémy managementu jakosti – základy, zásady a slovník (nejdůležitější pojmy a výklad zásad a základů managementu kvality),
- **ČSN EN ISO 9001** – Systémy managementu jakosti – požadavky (**norma kritériální**, podle které se provádí implementování, udržování a auditování systému kvality),
- **ČSN EN ISO 9004** – Systémy managementu jakosti – model řízení organizace pro udržitelný úspěch (doporučení, co může organizace zavést nad rámec normy ISO 9001, aby se dosáhlo dalšího rozšíření a zlepšení systému kvality podniku),
- **Podpůrné normy** – zařazeny v normách ISO řady 10 000, dále rozšiřují přístupy managementu kvality v určitých podmínkách; patří zde:
 - ČSN ISO 10 002 (spokojenost zákazníka),
 - ČSN ISO 10 005 (směrnice pro plány jakosti),
 - ČSN ISO 10 006 (směrnice pro plány v managementu projektu).[14]

Firma, rozhodující se pro aplikaci koncepce formou norem ISO řady 9000, musí projít sedmi kroky popsány níže:

- **rozhodnutí o přijetí koncepce ISO** – nutno uvědomit si, že ovlivní celou strategii firmy,
- **analýza současného stavu** – jak současný stav odpovídá požadavkům norem,
- **vzdělávání zaměstnanců** – seznámení s normami a nutností jejich implementace,
- **popis a dokumentování systému kvality** – všechny procesy musí být popsány v pyramidové soustavě dokumentů (příručka kvality, směrnice, pracovní instrukce), které jednoznačně říkají, co, kdo, jak, čím a kdy má vykonávat,
- **prosazení dokumentovaných postupů do podnikové praxe** – důležité je, aby si směrnice z předchozího bodu zaměstnanci osvojili a přijali je za své,
- **běžné působení systému kvality v podniku** – plnění požadavků norem ISO se v podniku stává samozřejmostí,

- **další rozvoj systému kvality** – normy ISO představují pouze minimum, kterého by mělo být v oblasti managementu kvality dosahováno, dalšího rozvoje lze pak dosáhnout prostřednictvím principů TQM. [12]

c) **Total Quality Management (TQM)**

„Pojem Total Quality Management se začal používat už v sedmdesátých letech pro systémy celopodnikového řízení jakosti v japonských firmách. Postupně se tato koncepce rozpracovávala i v americkém prostředí a mnohými je dnes považována spíše za filozofii managementu.“¹⁰

Koncepce TQM představuje snahu o zlepšení konkurenceschopnosti, efektivnosti a flexibility celého podniku. V podstatě se jedná o způsob plánování, organizování a pochopení všech činností, které závisí na každém jednotlivém zaměstnanci, přičemž nezáleží, na kterém stupni se v celkové hierarchii organizace právě nachází. [13]

Metody a technicky používané v TQM mohou být aplikovány na jakoukoli organizaci, což znamená, že jejich charakter je obecný. Použitelné jsou tedy jak ve výrobě, tak i při poskytování služeb, ať už v soukromém sektoru zahrnujícím např. pohostinství, či v tom veřejném (zde např. zdravotnická péče či vzdělávání formou státních škol všech stupňů).

Implementování koncepce TQM do managementu organizace zajistí, že si manažeři osvojí strategický přehled o kvalitě a zaměří se při řízení na prevenci¹¹, nikoli na detekci¹² již vzniklých problémů. Důležité je začít na vrcholu pyramidy, tedy u nejvyššího manažera, zpravidla ředitele, který musí kvalitou v daném podniku doslova „žít“. Roli „pošťáků“, tedy osob, které budou toto poselství předávat dále, zastává pak střední management. [13]

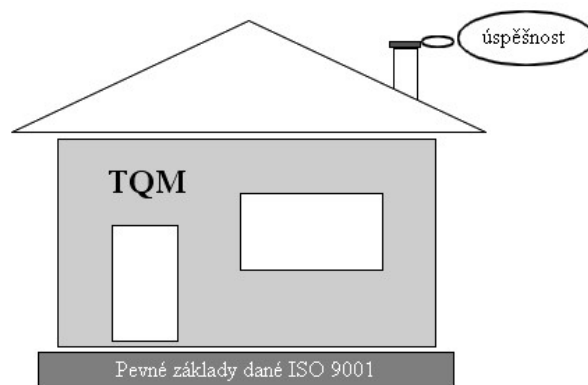
Pojem TQM můžeme do češtiny přeložit jako celkové (souhrnné) řízení kvality. Aby tohoto bylo dosaženo, je nutné do řízení zahrnout všechny podnikové činnosti a všechny zainteresované strany. Řízení kvality v podniku pomocí koncepce TQM tedy zahrnuje plnění všech základních principů popsanych v kapitole 2.2.2.

Jak již bylo zmíněno v předcházejících částech, byly na základě koncepce TQM vypracovány normy ISO řady 9000, jejichž úkolem bylo rychlejší rozšíření základů TQM do celého světa. Vztah norem ISO a modelu TQM je názorně zachycen na obrázku 2.3.

¹⁰ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní systémy řízení jakosti: Quality Management*. 2002. s. 29.

¹¹ Prevence – soustava opatření, která mají předcházet nežádoucímu jevu [6]; náklady vynaložené na prevenci se podniku několikanásobně vrátí.

¹² Detekce – odhalování, zjišťování, objevování neznámého [6] ; náklady spojené s detekcí problémů při výstupu z výroby mohou být v konečném důsledku několikanásobně vyšší, než náklady na prevenci.



Obrázek 2.3 Vztah ISO 9001 a TQM (Zdroj: [15], s. 152)

d) EFQM Model Excellence

Evropský koncept kvality, jehož celý oficiální název zní **The EFQM Excellence Model**, je zároveň registrovanou značkou. Tento nový model navazuje na koncepci TQM, kterou doplňuje a rozšiřuje o nové poznatky a požadavky v oblasti kvality. Stejně jako TQM má obecný charakter a je tak možno jej aplikovat na všechny podniky a organizace. [10]

„Logika EFQM Modelu Excellence je poměrně jednoduchá. Vychází z předpokladu, že vynikajících výsledků organizace může být dosaženo pouze za podmínky maximální spokojenosti externích zákazníků, spokojenosti vlastních zaměstnanců a při respektování okolí.“¹³ Dosáhnout souladu všech těchto oblastí ale vyžaduje především perfektní řízení a zvládání procesů podniku. Toho docílíme pouze zvolením vhodné strategie a systému řízení všech zdrojů. [10]

Z popsaného vyplývá, že pro úspěšné zvládnutí modelu EFQM a dosažení zmiňovaného souladu musí podnik učinit celou řadu systémových měření.

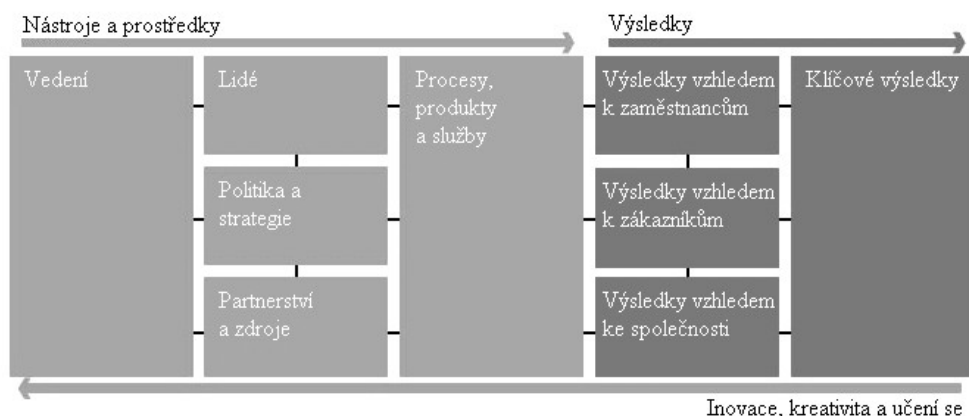
Model EFQM se skládá z 9 hlavních a 32 dílčích kritérií, přičemž každému z nich je, podle jeho předem nadefinované váhy, přidělen určitý počet bodů. Prvních pět kritérií je založeno na doporučujícím charakteru, tedy jak by se mělo v podniku postupovat. Zbývající čtyři kritéria naopak hodnotí, jak bylo postupováno v minulosti, tedy čeho již bylo dosaženo. [10] Návaznost těchto kritérií zobrazuje obrázek 2.4.

9 hlavních kritérií modelu EFQM:

- vedení,
- politika a strategie,
- lidé,
- partnerství a zdroje,

¹³ NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. 2001. s. 39.

- procesy,
- výsledky vzhledem k zákazníkům,
- výsledky vzhledem k zaměstnancům,
- výsledky vzhledem ke společnosti,
- klíčové výsledky výkonnosti.



Obrázek 2.4 Model EFQM (Zdroj: [10], s. 39)

2.3 Kvalita ve službách

2.3.1 Pojem „služba“

Služba představuje produkt v nehmotné podobě. „V podstatě je to činnost nebo činnosti, odehrávající se na rozhraní mezi zákazníkem a dodavatelem. Služba může být poskytována buď v čisté podobě, nebo ve spojení s hmotným produktem či produkty, což bývá obvyklejší.“¹⁴ Typickým znakem služby je přítomnost zákazníka v procesu jejího poskytování, což přináší značně omezené možnosti nápravy případných chyb. [15] Z uvedeného vyplývá, že řízení kvality služeb se bude od řízení kvality výroby mírně lišit.

Pojem služba je velice rozsáhlý a zahrnuje spoustu různých činností a procesů, které se u jednotlivých služeb mohou výrazně lišit. [1]

Existují ovšem čtyři základní obecné vlastnosti, kterými se dají popsat všechny služby bez rozdílu. Patří zde:

- nehmotnost,
- neoddělitelnost (vázanost na zákazníka a poskytovatele služby),
- variabilita (kvalita služby záleží na konkrétním poskytovateli),
- pomíjivost (nelze připravit do zásoby).

¹⁴ VEBER, Jaromír a kol. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2002. s. 23.

Důležité je, aby služba poskytovaná zákazníkovi byla stoprocentní. Na místě je tedy bezvadnost, protože na rozdíl od výrobku, který se k zákazníkovi dostává až po svém dokončení, kdy navíc prochází důkladnou kontrolou, je služba prováděna v reálném čase za přítomnosti zákazníka. Neprochází napřed žádnou výstupní kontrolou a každá chyba se zákazníka okamžitě dotýká. Řízení kvality služeb je tak oproti výrobě mnohem náročnější a daleko přísnější, co se zmetkovosti týče.

2.3.2 Proces poskytování služby

Proces návrhu služby zahrnuje marketingový průzkum, který mapuje potřebnost konkrétní služby a požadavky zákazníků. Výsledky tohoto průzkumu jsou pak zpracovány a jejich výsledkem je tzv. **stručný popis služby**. Ten danou službu charakterizuje z hlediska specifikace, poskytování služby klientům a řízení kvality. [12]

Při specifikaci služby definujeme, co bude poskytnuto na základě znaků, které jsou vnímány zákazníkem. Tedy ty znaky, které je zákazník schopen posoudit. Každému znaku pak musí být přisouzena i tzv. **kritéria přijatelnosti**, což jsou hodnoty, při jejichž nedodržení je zákazník se službou nespokojený. Patří zde ovšem i znaky, které zákazník nevnímá a není tak schopen je posoudit. Do specifikace se rovněž zahrnuje i popis nutných zdrojů a zařízení, kvalifikace a vybavení zaměstnanců. [12]

Při **poskytování služby** dochází k osobnímu kontaktu se zákazníkem, je proto nutné, aby zaměstnanci, kteří styk se zákazníkem zprostředkovávají, byli co nejkvalitnější. Na místě je proto stálý výcvik těchto zaměstnanců nejen prostřednictvím odborných kurzů a seminářů, ale rovněž za pomoci lekcí společenského chování či efektivní komunikace. [12]

„Výsledky poskytování služby musí být v účinném systému jakosti soustavně posuzovány a vyhodnocovány. Jen díky tomu lze jakost služeb opravdu řídit.“¹⁵

2.3.3 Očekávání a spokojenost zákazníka

Kvalita výrobku se posuzuje na základě prováděných měření, analýz a výpočtů. Službu ale změřit nemůžeme, proto při posuzování její kvality používáme **spokojenost zákazníka**. Ten službu hodnotí na základě srovnání svého vlastního očekávání se skutečným provedením.

„Očekávání zákazníka je vytvářeno faktory, kterými jsou materiální vybavení provozovatele služby, místo provozovny, katalogy a prospekty, kladné zkušenosti známých,

¹⁵ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní systémy řízení jakosti: Quality Management*. 2002. s. 171.

reference od jiných (renomovaných) zákazníků, minulé zkušenosti, publicita provozovatele, sliby provozovatele služby, potřeba zákazníka apod.¹⁶

Svá očekávání pak zákazník porovná se skutečnou službou, která mu byla poskytnuta. Na základě tohoto srovnání pak vyjádří svou spokojenost s kvalitou dané služby. Logicky tedy může dojít ke třem výsledkům tohoto porovnávání, které jsou zachyceny v tabulce 2.1.

	Relace		Výsledek (kvalita vnímaná zákazníkem)
Očekávání zákazníka	>	Provedená služba	Nespokojený zákazník
Očekávání zákazníka	=	Provedená služba	Spokojený zákazník
Očekávání zákazníka	<	Provedená služba	Spokojený a loajální zákazník

Tabulka 2.1 Kvalita služeb (Zdroj: [1], s. 99)

2.4 Kvalita ve zdravotnictví

„Při vnímání kvality zdravotní péče je základním hlediskem kvalita vlastního léčebného úkonu a nezanedbatelnou roli mají i doprovodné služby – organizace příjmu pacienta, podávání informací, zajištění bezpečnosti, ubytování, strava, organizace péče, kulturní možnosti v nemocnici.“¹⁷

2.5 Spokojenost a loajalita zákazníků

2.5.1 Spokojenost

„Jakékoliv systémy, tedy i systém managementu jakosti, mají mít funkční zpětnou vazbu. Je proto logické, že všechny koncepce managementu jakosti vyžadují i monitorování toho, jak zákazníci vnímají dodané výrobky a služby.“¹⁸

V praxi je spokojenost zákazníka stále chápána jen jako jakýsi opak nespokojenosti. A nespokojenost je podle tohoto chápání zákazníky vyjadřována na základě reklamací. Tudiž pokud podnik neregistruje na svém reklamačním oddělení žádné reklamace, znamená to, že zákazníci jsou s daným produktem spokojeni. Toto chápání je však zastaralé a v konečném důsledku především nedostačující. Reklamace totiž představují jen velmi malou část nespokojenosti zákazníků, protože mnoho z nich se k ní neuchýlí, přestože spokojeni nejsou.

Mezi hlavní důvody tohoto jednání patří např. netečnost zákazníků, přílišná skromnost a slušnost či doba životnosti produktu. Mnozí zákazníci pak dávají svou nespokojenost najevo pro ně schůdnějším způsobem, kterým je sdílení své nespokojenosti s kolegy a přáteli, kteří si

¹⁶ BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. 2011. s. 98.

¹⁷ MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 2004. s. 35.

¹⁸ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 175.

ji samozřejmě nenechají pro sebe. Nespokojenost se pak mezi lidmi rychle šíří a trpí tím především dobré jméno firmy. [10]

„Spokojenost zákazníka je souhrnem pocitů vyvolaných rozdílem mezi jeho požadavky a vnímanou realitou na trhu.“¹⁹ V důsledku tohoto rozdílu pak lze nadefinovat tři základní stavy spokojenosti, které korespondují s tabulkou 2.1 na straně 20, vyjadřující spokojenost zákazníků s kvalitou služeb a stupeň plnění jejich požadavků.

2.5.2 Loajalita

Loajalita zákazníka bývá definována jako „způsob chování zákazníka, projevující se na trhu zejména dvěma důsledky: opakovanými objednávkami a pozitivními referencemi do okolí“.²⁰

Rozdíl mezi loajalitou a spokojeností zákazníka pak spočívá v odlišnosti postupů, používaných při jejich zjišťování. Monitorování loajality totiž navíc přihlíží také k rozsahu nabídky konkurence a dynamice trhu. Nicméně pro zachování loajality zákazníka k našemu produktu či podniku i do budoucnosti je nutné udržovat neustále vysokou míru jeho spokojenosti. [10]

Spokojenost je tedy základním stavebním kamenem loajality.

2.5.3 Měření spokojenosti a loajality

Měření spokojenosti a loajality zákazníků jsou důležité především pro tzv. zpětnou vazbu. Tu představuje odezva na kroky, které učinil management v oblasti kvality svých produktů, jinak řečeno, dozví se z těchto měření, zda učiněná rozhodnutí byla správná a do jaké míry jsou s nimi zákazníci spokojeni. [10]

Vývoj míry spokojenosti a loajality zákazníků představuje jeden z hlavních impulsů pro neustálé zlepšování produktu a celého podniku nejen v oblasti kvality.

Pro správné měření je nutná realizace sedmi základních kroků, kterými jsou:

- definování zákazníka firmy,
- definování znaků spokojenosti zákazníka a jeho požadavků,
- návrh a tvorba dotazníků,
- stanovení velikosti vzorku dotazovaných zákazníků,
- výběr metody sběru dat,

¹⁹ NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. 2001. s. 57.

²⁰ NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. 2001. s. 59.

- tvorba postupů pro vyhodnocování dat,
- využití výsledků měření jako vstupů pro zlepšování. [11]

2.6 Sběr dat

Pro měření a hodnocení spokojenosti zákazníků s kvalitou daného výrobku či služby je důležité nejprve získat vhodná vstupní data, která budou nadále podrobena potřebným analýzám. Proces sběru dat je ve své podstatě forma komunikace mezi firmou a jejími zákazníky.

Komunikace je proces, kterým jedinci sdělují svá mínění. Aby tento proces mohl fungovat, musí být předány určité informace. Důležité je správně porozumět procesu předávání informací, protože právě díky tomuto procesu je možné dosáhnout stanoveného cíle, kterým je sdílení informací všemi členy komunikačního procesu. [3]

2.6.1 Marketingový výzkum

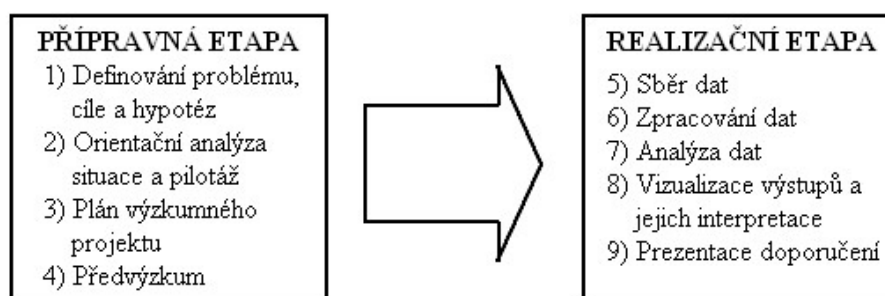
a) Význam

„Rozhodování manažerů je ovlivňováno celospolečenskými změnami, které mají vliv na ostatní subjekty trhu, především na zákazníky. Proto potřebují informace, na jejichž základě by dokázali přijímat správná rozhodnutí. Požadují, aby byly informace zajištěny v optimálním množství, kvalitě a čase.“²¹

Marketingový výzkum tedy není v podstatě nic jiného, než naslouchání spotřebiteli. [7]

b) Proces výzkumu

Proces marketingového výzkumu lze rozdělit do dvou etap (přípravná a realizační), které lze dále rozdělit na několik na sebe navazujících, úzce spolu souvisejících a vzájemně se podmiňujících kroků (obrázek 2.5).

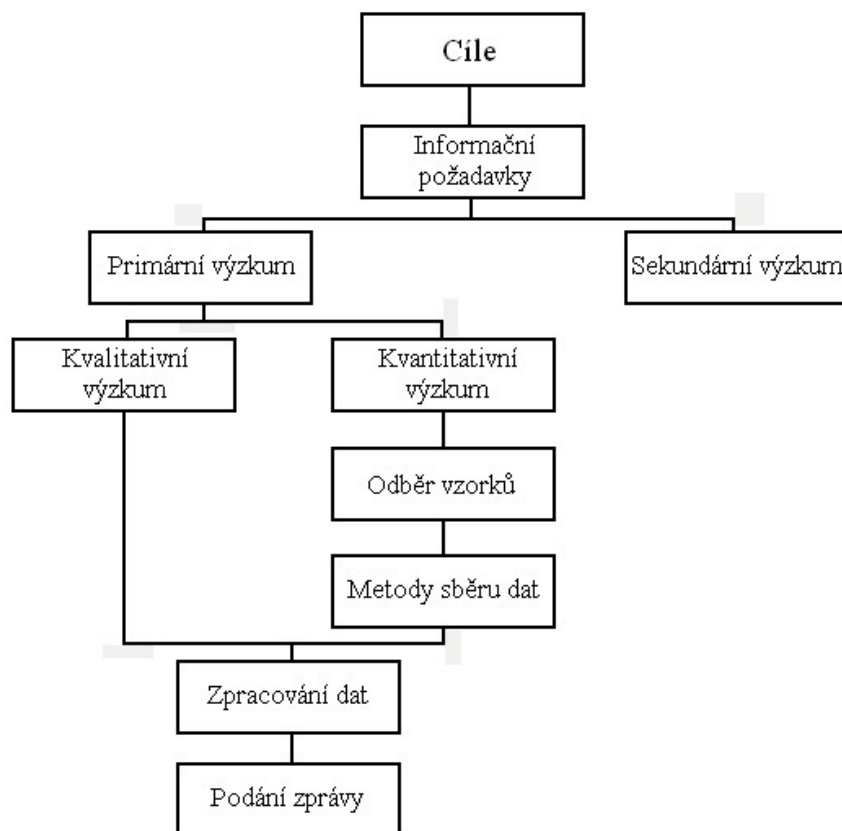


Obrázek 2.5 Proces marketingového výzkumu (Zdroj: [7], s. 73)

²¹ KOZEL, Roman a kol. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 2011. s. 14.

c) Metody výzkumu

Metody výzkumu se zabývají sběrem požadovaných informací, efektivním naplánováním alternativy výzkumu a vhodnosti použití vybrané alternativy. Obrázek 2.6 přehledně zobrazuje strukturu návrhu výzkumu a jednotlivé druhy metod marketingových výzkumů.



Obrázek 2.6 Metody marketingového výzkumu (Zdroj: [4], s. 33)

Sekundární výzkum, jinými slovy „výzkum od stolu“, představuje vyhodnocování již existujících dat, která byla sesbírána v minulosti a jsou pro organizaci snadno dostupná. [3]

Primární výzkum provádí organizace pro své specifické potřeby za pomoci dat, která ještě neexistují a je potřeba je pro tyto účely nejprve shromáždit.

Kvalitativní výzkum je založen na kvalitě, není pro něj potřeba shromažďování velkého množství dat a zabývá se především porozuměním, nikoli měřením, díky čemuž nemohou být výsledky nikdy absolutně správné. [4]

Naopak **kvantitativní výzkum** je založen na kvantitě a zabývá se především měřením. Pro zajištění relevantnosti výsledků kvantitativního výzkumu je důležité větší množství dat.

2.6.2 Typy dat

Získaná data musí mít určité vlastnosti, které zajistí jejich využitelnost. Patří zde úplnost, pravdivost, relevance, srozumitelnost, přesnost, konzistence, objektivnost, aktuálnost, včasnost, odpovídající podrobnost, spolehlivost či kontinuita. [7]

Data lze rozdělit podle:

- závislosti
 - závislá na sobě – existuje zde vztah mezi dvěma nebo více proměnnými (mohou být vůči sobě v přímé nebo nepřímé úměře),
 - nezávislá na sobě – bez vzájemných vazeb,
- času
 - stavová – data zjištěná v určitém časovém okamžiku,
 - toková – data sbíraná opakovaně v průběhu určitého časového období,
- charakteru jevu
 - kvantitativní – přesně měřitelná, mající číselný charakter,
 - kvalitativní – obtížněji měřitelná, mající subjektivní charakter,
- obsahu
 - fakta,
 - znalosti,
 - názory,
 - záměry,
 - motivy,
- způsobu prezentace
 - numerická,
 - textová,
 - ostatní, [7]
- zdroje dat
 - sekundární – existující, sbírána kvůli nějakému obecnému účelu, organizaci dostupná či snadno získatelná za relativně nízkou cenu,
 - primární – sbírána poprvé pro specifické potřeby určité organizace, relativně drahá [3]

- míry zveřejnění
 - veřejná – volně přístupná,
 - neveřejná – sloužící pouze vymezenému okruhu uživatelů,
 - tajná – podléhající utajení kvůli celospolečenským, firemním či osobním zájmům. [7]

2.6.3 Metody sběru dat

Existuje mnoho metod sběru dat důležitých pro podnik nejen ve fázi návrhu výrobku, ale také při plánování odbytu či určování spokojenosti zákazníků. Každá z nich má své výhody a nevýhody a výběr nejvhodnější metody závisí především na zdrojích uvolněných podnikem, velikosti vzorku dotazovaných respondentů, technických možnostech podniku a požadavcích na odezvu (návratnost). [10]

Patří zde metoda sběru po telefonu, dotazníky zasílané klasickou i elektronickou poštou, přímé pohovory a tzv. „pro forma“ dotazníky (nejsou adresně doručovány přímo konkrétnímu zákazníkovi). Výhody a nevýhody jednotlivých metod shrnuje tabulka 2.2.

Metoda sběru dat	Výhody	Nevýhody
Pomocí telefonu	metoda přímého styku, vysoká odezva, možnost okamžitého vyhodnocování	vysoké náklady, obtížnost získávání telefonních čísel zákazníků
Poštou zasílanými dotazníky	nízké náklady, použití i pro případy velkých vzdáleností	metoda nepřímého styku, malá odezva, nutnost motivace zákazníků
Elektronickou poštou	vysoká odezva, možnost okamžitého vyhodnocování, rychlost získání dat, možnost napojení průmyslových zákazníků online	metoda nepřímého styku, malé % zákazníků napojených na internet
Přímými pohovory	metoda přímého styku, vysoká odezva	vysoké náklady při větších vzdálenostech zákazníků, nutnost operativní evidence všech už dotazovaných, obtížné dodržení struktury vzorku
„Pro forma“ dotazníky	nízké náklady	nízká odezva, nemožnost exaktního vzorkování, reakce od zákazníků s extrémním vnímáním

Tabulka 2.2 Charakteristiky metod sběru dat (Zdroj: [10], s. 89)

2.6.4 Dotazník

a) Záměry dotazníku

„Dotazníky splňují čtyři záměry. Za prvé je jejich prvotní rolí získání přesných informací od respondentů. Za druhé je to poskytnutí struktury rozhovorům. V každém výzkumu většího množství lidí je důležité, aby všem respondentům byly pokládány stejné otázky. Třetím záměrem dotazníku je zajištění standardního formuláře, kam mohou být zapisována všechna fakta, komentáře a stanoviska. Navíc dotazníky ulehčují zpracování dat. Odpovědi jsou zaznamenané na daných místech ve formuláři a je tedy velice jednoduché spočítat, kolik respondentů co řeklo.“²²

b) Konstrukce dotazníku

„Existují dva hlavní přístupy k tvorbě dotazníku:

- sociologický přístup – cílem je probrat maximum oblastí a návazností; dotazník bývá rozsáhlý;
- ekonomický přístup – cílem je efektivně získat požadované odpovědi; konstrukce dotazníku spočívá v jasné formulaci a stručné podobě.“²³

Délka dotazníku závisí na zkoumaném tématu, cílech výzkumu, vztahu respondenta k danému tématu, použitém typu dotazování, místě dotazování a době dotazování. Důležitější než délka je časová náročnost. Zde se doporučuje, aby vyplňování dotazníku netrvalo déle, než dvacet minut. Z psychologického hlediska je lepší použít menší formát papíru (za předpokladu zachování čitelnosti), zajistí totiž větší návratnost dotazníku. [7]

c) Typy dotazníků

Přehledné roztrídění tří základních typů dotazovacích situací, které vyžadují tři různé typy dotazníků je uvedeno v tabulce 2.3.

²² HAGUE, Paul. *Průzkum trhu*. 2003. s. 103.

²³ KOZEL, Roman a kol. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 2011. s. 205.

Typ dotazníku	Oblast využití	Řízení dotazníku
Strukturovaný	Ve velkých dotazových programech (běžně přes 200 rozhovorů), kde je možné očekávat mnoho přesných odpovědí.	telefonické (osobní), samovyplňování
Polostrukturovaný	Hojně využívaný v business-to-business marketingovém výzkumu, kde je nutné uchovat odpovědi společností. Také najde využití tam, kde odpovědi nemohou být předem odhadnuty.	osobní/telefonické
Nestrukturovaný	Je základem mnoha studií technických a omezených trhů. Také se využívá v hloubkových rozhovorech a diskusních skupinách. Umožňuje zjišťovat a hledat tam, kde si tazatel není úplně jistý odpovědí ještě před interview.	skupinové diskuse, osobní/hloubkové telefonické interview

Tabulka 2.3 Roztřídění dotazníků (Zdroj: [4], s. 104)

2.6.5 Typy otázek

a) Otázky podle funkce

Nástrojové otázky představují nástroj pro sběr, zpracování a analýzu otázek směřující k výsledkům a doporučením. Dělí se na:

- kontaktní – záleží na jejich umístění (na začátku dotazníku – pomáhají proniknout do tématu, uprostřed dotazníku – přechod mezi dvěma tématy, na konci dotazníku – vyslovení vlastního názoru respondenta),
- filtrační – rozdělují respondenty do několika podskupin,
- analytické – třídí odpovědi respondentů ve fázi zpracování a analýzy dat,
- kontrolní – ověřují pravdivost, konzistentnost a validitu některých odpovědí. [7]

Výsledkové otázky, jinak nazývané také meritorní či obsahové, se zabývají jádrem problému. Za jejich pomoci se zjišťují zkušenosti, znalosti, názory, postoje a motivy respondentů. Dělí se na:

- nominální – slouží pro slovní konstatování zkoumaných skutečností,
- měřítkové – umožňují měření zkoumaného jevu; vhodné pro zjišťování závislostí a diferenciací,
- dokreslující – upřesňují otázky nominální a měřítkové,
- projekční – aktivují fantazii; usuzuje se podle nich na určitý problém, který nelze přímo charakterizovat. [7]

Pomůcky sice nejsou samy o sobě otázkami, zato ale zpřesňují formulaci a pomáhají pochopit obsah vybraných otázek. Dělí se na:

- verbální,
- obrazové,
- zvukové,
- vzorky. [7]

b) Otázky podle variant odpovědí

- uzavřené – otázky i odpovědi jsou standardizovány, respondent pouze vyznačí odpověď, se kterou se ztotožňuje,
- otevřené – nenabízí žádné varianty odpovědí, respondent na ně odpovídá svými slovy a uvádí zde vše, co uzná za vhodné či důležité,
- polozavřené – představují kompromis mezi uzavřenými a otevřenými otázkami, respondent zde má na výběr z několika možností, z nichž na tu poslední je možno odpovědět vlastními slovy. [7]

c) Škály

„Slouží k vyjádření a především měření respondentových názorů, postojů, mínění, motivů, vztahů, znalostí atd. Jejich hlavní význam spočívá v převádění neměřitelných znaků na znaky měřitelné. Odpovědi lze snadno kvantifikovat a následně analyzovat.“²⁴

Dělí se na škály:

- hodnotící – nejrozšířenější; respondent volí jednu z nabízených možností; při konstrukci škály se rozhodujeme především o:
 - typu škály – sudá nebo lichá,
 - počtu kategorií škály – kratší či delší,
 - formě škály – číselná, verbální, grafická či kombinovaná (**Likertova škála** – od absolutního souhlasu po absolutní nesouhlas, kdy je každé položce přiřazena určitá bodová hodnota, **Stapelova škála** – od absolutního souhlasu po absolutní nesouhlas, každé položce je přiřazena určitá bodová hodnota, souhlasné hodnoty jsou kladné, nesouhlasné záporné),
- pořadí – respondent zde seřadí všechny varianty podle jím preferovaného pořadí,
- oceňování – respondent zde ohodnotí všechny nabízené varianty přidělením bodů,

²⁴ KOZEL, Roman a kol. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 2011. s. 217.

- konstantní sumy – zde respondent opět ohodnotí všechny varianty přidělením bodů, ovšem množství bodů má pevně stanoveno. [7]

2.7 Nástroje a techniky kvality

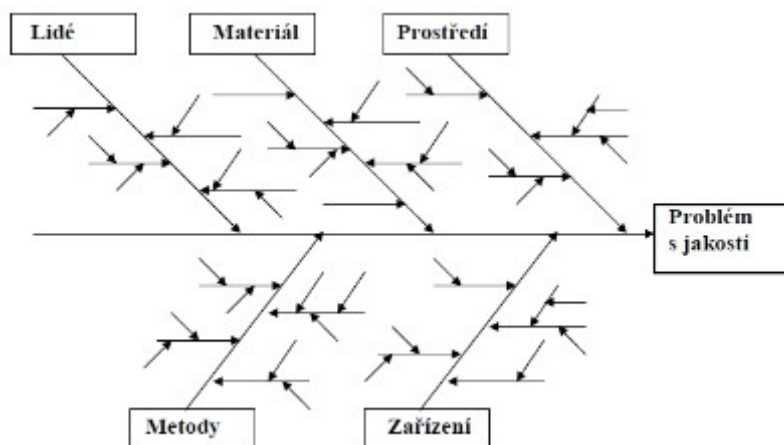
2.7.1 Nástroje kvality

Existuje nepřeberné množství různých nástrojů kvality. Několik z nich je uvedeno v následujících odstavcích.

a) Diagram příčin a následků – Ishikawa diagram

Nazývá se také „fishbone diagram“ pro svůj vzhled, který nápadně připomíná rybí kostru. Používá se při řešení určitého problému (následku), hledáním všech možných příčin, které k němu mohly vést.

Na obrázku 2.7 je patrná jeho skladba. Do rámečku úplně vpravo se vepíše určitý problém s kvalitou, který vyvstal a který je nutno vyřešit. K němu vede vodorovná čára, na kterou se z obou stran napojují další, které představují příčiny, které mohly mít za následek daný problém. Obvyklými příčinami jsou tzv. 4M z anglických slov man (člověk), material (materiál), methods (metody) a machine (výrobní zařízení). [1]



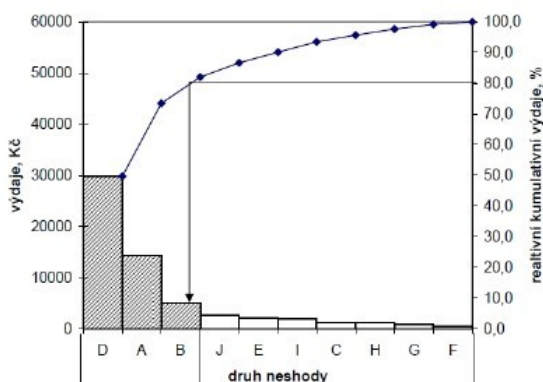
Obrázek 2.7 Struktura diagramu příčin a následků (Zdroj: [5], s. 145)

b) Paretův diagram

Vychází z tzv. Paretova principu, podle kterého je 80 % následků způsobeno pouze 20 % příčin. Za pomoci Paretova diagramu lze tyto nejvýznamnější příčiny snadno odhalit a dále se zaměřit na jejich zlepšení či odstranění.

Při sestavování Paretova diagramu (obrázek 2.8) se postupuje následujícím způsobem. Na osu x zaneseme příčiny seřazené podle počtu výskytů (od největšího po nejmenší),

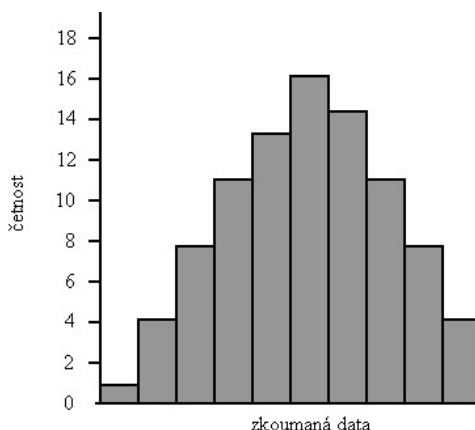
na levou osu y počet výskytů příčin a na pravou osu y kumulativní procenta výskytů příčin. Výsledná křivka spojuje kumulativní procenta a má rostoucí charakter. [8]



Obrázek 2.8 Příklad Paretova diagramu (Zdroj: [5], s. 148)

c) Histogram

„Histogram je nejstarší a relativně snadno pochopitelný způsob jak zobrazit tvar rozdělení dat. Jeho hlavní parametr je šířka třídy, tedy šířka jednotlivých obdélníků histogramu. Šířka třídy je zároveň nejslabším místem konstrukce histogramu. Jeho nesprávná volba může podstatně snížit informační obsah histogramu.“²⁵ (příklad viz obrázek 2.9)



Obrázek 2.9 Histogram – stabilní proces (Zdroj: [1], s. 35)

d) Okno zákazníka

Metoda založená na bodovém hodnocení jednotlivých prvků služby, které se pak promítne do obrázku známého jako „okno zákazníka“. Prvky služby se zde hodnotí podle důležitosti pro zákazníka a stupně plnění kvality na škále od 1 do 4 bodů, přičemž 4 je nejdůležitější (nejlepší) a 1 nedůležitý (nevyhovující). [1]

²⁵ KUPKA, Karel. *Statistické řízení jakosti*. 1997. s. 57.

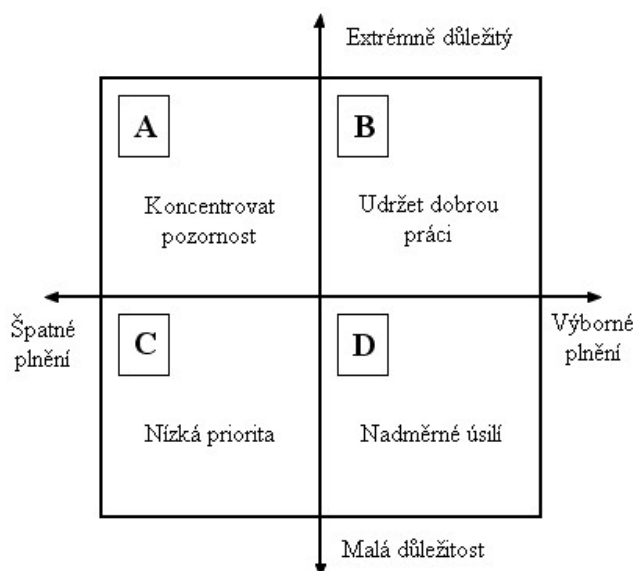
Výsledky bodového hodnocení se pak rozdělí pro každý prvek a provede se vypočítání aritmetických průměrů. Ty se pak zanesou do grafu o čtyřech kvadrantech A, B, C a D, který znázorňuje obrázek 2.10.

Kvadrant A představuje prvky služby, které jsou důležité, ale jsou špatně plněny a zákazník je s nimi nespokojen. Zde je nutné zaměřit se na nápravu a zlepšení.

Kvadrant B obsahuje ty atributy, které jsou při poskytování služby pro zákazníky důležité a jsou dobře plněny. Podnik se tedy zaměří na udržení jejich dosavadní úrovně.

Kvadrant C zahrnuje atributy, které jsou podle zákazníků špatně plněny, ale zároveň pro ně mají jen malou nebo vůbec žádnou důležitost. Tyto prvky nevyžadují větší pozornost.

Kvadrant D obsahuje prvky, které nejsou při poskytování služby pro zákazníka důležité, ale jsou z jeho pohledu dobře plněny. U těchto atributů by se dalo říci, že jim podnik věnuje větší pozornost, než jakou si zaslouží.



Obrázek 2.10 Okno zákazníka (Zdroj: [1], s. 101)

Určitou modifikaci okna zákazníka může použít i samotný manažer pro správné organizování svého času. Každý pracovní den se skládá z mnoha úkolů a při nesprávné, či vůbec žádné koordinaci, se může lehce zvrhnout v chaos. A právě zde se, na základě stanovování každodenních priorit, uplatňuje okno zákazníka. Na rozdíl od toho původního se nesestavuje na základě bodového hodnocení, ale na povaze každého z úkolů. Osa důležitosti zůstává nezměněna, osa plnění je změněna na osu naléhavosti úkolů, přičemž na místě výborného plnění jsou úkoly nenaléhavé a na místě špatného plnění pak úkoly naléhavé, kterým je nutno věnovat zvýšenou pozornost. [2]

e) Index spokojenosti zákazníků (I_{sz})

“V současnosti je ve světě zřetelný trend kvantifikovat míru spokojenosti zákazníků pomocí nejrůzněji konstruovaných indexů.”²⁶ Jedním z nich je i index spokojenosti zákazníka, který vznikl na katedře kontroly a řízení jakosti VŠB-TU Ostrava. „Je postaven na předpokladu, že pro posuzování vnímání zákazníků využijeme víceúrovňovou Likertovu škálu a je nutné rovněž stanovit závažnost jednotlivých znaků spokojenosti některou z expertních metod (např. metodou párového porovnání, alokační metodou apod.).”²⁷

Při výpočtu tohoto indexu se předpokládá, že znaky spokojenosti mohou být rozlišovány jak pro výrobky, tak i pro poskytované služby. [11] Index spokojenosti zákazníků I_{sz} je vyjádřen vztahem 2.1.

$$I_{sz} = \frac{I_{ss} + k \cdot I_{sv}}{k + 1} \quad (2.1)$$

Kde I_{ss} – dílčí index spokojenosti zákazníka se znaky služeb,

I_{sv} – dílčí index spokojenosti zákazníka se znaky výrobku,

k – konstanta vyjadřující podíl znaků spokojenosti výrobku na celkové spokojenosti zákazníků. [11]

Dílčí index spokojenosti se znaky služeb se počítá podle vztahu 2.2.

$$I_{ss} = \sum_{i=1}^N w_{is} \cdot S_i \quad (2.2)$$

Kde N – počet znaků spokojenosti zákazníků se službami,

w_{is} – váha i -tého znaku spokojenosti se službami; musí platit vztah 2.3,

$$\sum_{i=1}^N w_{is} = 1 \quad (2.3)$$

S_i – hodnocení míry spokojenosti s i -tým znakem služeb vybranými zákazníky (vzorec 2.4). [11]

$$S_i = \frac{\sum_{x=1}^n S_{ix}}{n} \quad (2.4)$$

Kde S_{ix} – hodnocení i -tého znaku spokojenosti se službami x -tým zákazníkem,

n – rozsah výběru (celkový počet zákazníků). [11]

Dílčí index spokojenosti zákazníků se znaky výrobků se počítá podle vztahu 2.5.

$$I_{sv} = \sum_{j=1}^M w_{jv} \cdot V_j \quad (2.5)$$

Kde M – celkový počet znaků spokojenosti zákazníka s výrobkem,

w_{jv} – váha j -tého znaku spokojenosti s výrobkem; musí platit vztah 2.6,

²⁶ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 179.

²⁷ NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. 2001. s. 91.

$$\sum_{j=1}^M w_{jv} = 1 \quad (2.6)$$

V_j – hodnocení míry spokojenosti s j -tým znakem výrobku na výběr zákazníků podle vztahu 2.7. [11]

$$V_j = \frac{\sum_{x=1}^n V_{jx}}{n} \quad (2.7)$$

Kde V_{jx} – hodnocení j -tého znaku spokojenosti s výrobkem x -tým zákazníkem ve výběru o velikosti n zákazníků. [11]

„Výhodou uvedeného modelu je nejenom to, že dovoluje kvantifikaci míry spokojenosti i s jednotlivými znaky spokojenosti, ale hlavně skutečnost, že vypočítané indexy můžeme dále statisticky vyhodnocovat např. v závislosti na čase tak, abychom spolehlivě poznali trendy ve vývoji spokojenosti zákazníků.“²⁸

2.7.2 Techniky kvality

a) FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)

„FMEA je analýza možností vzniku poruch a jejich následků. FMEA je účinným nástrojem při plánování a zvyšování jakosti výrobků, služeb a procesů. Vyznačuje se flexibilitou a přizpůsobivostí daným potřebám. Řeší problémy systematicky, komplexně, preventivně, týmově a při přiměřených nákladech. Metoda nám umožňuje definovat největší rizika u výrobku či procesu.“²⁹

b) DOE (Design of Experiment)

„Metoda, označovaná v češtině jako navrhování pokusů (experimentů), se užívá jako nástroj zlepšování výrobků či technologií, kdy přesně neznáme, který z činitelů má vliv na konečnou jakost výrobku či procesu. Snaží se modelovat vliv jednoho nebo více faktorů a na tomto základě doporučit příslušné změny obvykle v technologii výroby.“³⁰

c) Poka-Yoke

„Metoda Poka-Yoke, jejímž autorem je Japonec Shigeo Shingo, je zaměřena na včasné odhalení změn, které vedou k nežádoucím následkům. POKA znamená zabránění, YOKE znamená náhodné – nezamýšlené chyby. Základním východiskem se stala myšlenka identifikovat chybu dříve, než vyvolá nějakou vadu. Poka-Yoke není metodou pro analýzu rizik. Zaměřuje se na příčiny, které nelze identifikovat, a proto ani řešit. Její pomocí tedy není

²⁸ NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 2008. s. 181.

²⁹ BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. 2011. s. 40.

³⁰ VEBER, Jaromír a kol. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2002. s. 132.

možné řešit příčiny, nýbrž reagovat v situacích, které signalizují určitou změnu, jež by mohla vést k nežádoucímu následku.“³¹

d) QFD (Quality Function Deployment)

„Dům kvality“, jak je tato metoda plánování jakosti také nazývána, sestavil v roce 1966 Japonec Y. Akao. [11] Poprvé byla aplikována v roce 1972 na firmu Mitsubishi při návrhu tankerů. Brzy se rychle rozšířila po celém Japonsku (aplikovala ji např. firma Toyota) a odtud pak do Spojených států a dalších zemí. [13]

Metoda QFD se používá pro návrh produktu nebo služby založeném na požadavcích zákazníka. Tyto požadavky pak transformuje do příslušných technických parametrů daného produktu či služby.

2.8 Hodnocení

„Hodnocení je všeobecně považováno za systematické zkoumání rozsahu, v němž je objekt schopen plnit specifikované požadavky.“³²

Hodnocení přináší do podniku mnoho výhod, např. schopnost odhalit silné a slabé stránky i příležitosti ke zlepšování, zabránit pronikání nekvalitních produktů k zákazníkům, poskytovat informace o úrovni dosahovaných výsledků či podávat informace o postavení produktů na trhu. [14]

V obecné rovině lze stanovit několik postupových kroků, jak provádět správně hodnocení produktu a podniku:

- vymezení objektu (produkt, proces, zdroj i celá firma),
- určení cíle hodnocení,
- výběr znaků kvality,
- měření znaků kvality (zjistit a vyjádřit skutečnost v příslušných jednotkách),
- stanovení porovnávací úrovně (s čím bude srovnáváno; musí odrážet skutečnost a určit minimální a maximální hranice),
- srovnání skutečnosti s porovnávací úrovní (podstata hodnocení),
- identifikace dosaženého stavu (co je potřeba zlepšit, co stačí udržet apod.). [14]

³¹ VEBER, Jaromír a kol. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce*. 2010. s. 301.

³² VEBER, Jaromír a kol. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce*. 2010. s. 305.

3 ANALÝZA KVALITY SLUŽEB ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

3.1 Zdravotnické zařízení – Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.

3.1.1 Historie nemocnice

První dochované zprávy o frýdeckém „špitálu“ se datují do roku 1542, kdy jej údajně nechal zřídit Jan z Pernštejna a primárně měl spíše funkci chudobince, kam se umísťovali zchudlí měšťané a osoby vyššího věku, o které se neměl kdo starat.

Nemocnice za svou existenci několikrát změnila lokalitu a podobu v závislosti na darech bohatých měšťanů a historických okolnostech. V roce 1707 např. znovu založil „špitál“ Václav Tadeáš Faldyna a na jeho financování byla zřízena nadace. Bylo zde umístěno 7 pacientů a „špitál“ stále plnil funkci chudobince.

Tento stav se změnil až v roce 1856, kdy byla na náklady města postavena první frýdecká nemocnice. Byly zde dva pokoje, kam bylo možno umístit až 10 pacientů. Náklady na chod nemocnice byly hrazeny ze vzniklého fondu až do doby výstavby větší řádné nemocnice. Toto ale trvalo dalších takřka třicet let, kterých bylo zapotřebí pro sehnání dostatečného množství finančních prostředků pro zahájení stavby. Nová jednopodlažní nemocnice byla dokončena na přelomu let 1886 a 1887. Pojala až 30 pacientů.

V prosinci 1907 byl v nemocnici zřízen první oddíl rychlé záchranné pomoci. Kapacita nemocnice se záhy začala ukazovat jako nedostačující, navíc přišla silná epidemie chřipky. Proto byl v roce 1911 postaven v polích nad městem dřevěný infekční pavilon, který sloužil až donedávna.

Kvůli stálému nárůstu pacientů bylo rozhodnuto o výstavbě nové větší nemocnice, která měla původně stát na horním konci Černé cesty u Frýdeckého lesa. Tento návrh byl ovšem zamítnut, a tak bylo rozhodnuto o stavbě nemocnice na pozemku u dosavadního infekčního pavilonu. Stavba byla zahájena v roce 1932 a dokončena v roce 1935. Slavnostní otevření se konalo 1. srpna téhož roku. Kapacita nemocnice spolu s infekčním pavilonem činila 154 lůžek.

Protože město bylo kvůli výstavbě nemocnice silně zadluženo, navíc náklady na provoz rychle rostly, došlo 1. ledna 1937 k jejímu převzetí správou frýdeckého okresu a posléze i k jejímu dalšímu rozšiřování do dnešní podoby. [17]

3.1.2 Organizační struktura nemocnice

Pojem „organizační struktura“ představuje „stanovení povinností, pravomocí a vztahů mezi zaměstnanci“.³³

V nemocnici vypadá organizační struktura následovně:

- **ředitel**, kterému jsou podřízeni náměstci, vedoucí sekretariátu, interní auditor, manažer kvality, manažer marketingu a tisková mluvčí, právník, referát civilní obrany a vedoucí odboru informačních technologií,
- **ekonomicko-personální náměstek**, který má na starosti oddělení lidských zdrojů, ekonomické oddělení a oddělení zdravotních pojišťoven,
- **provozně-technický náměstek**, který má na starosti investiční odbor, oddělení skladového hospodářství, úklid, odbor správy majetku, dopravu, stravovací provoz a prádelnu,
- **náměstek pro ošetrovatelskou péči**, kterému jsou podřízeni vedoucí laboranti, vrchní sestry, vedoucí rehabilitační pracovníci, logoped, sociální pracovník, donáška a sanitáři 3. týmu,
- **náměstek pro léčebnou péči**, do jehož kompetencí spadají primáři, lékárny, centrální operační sály a centrální sterilizace, protialkoholní záchytná stanice, lékařská služba první pomoci a závodní a praktický lékař. [17]

Přehledné grafické schéma organizační struktury Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o. se nachází v příloze č. 1.

3.1.3 Politika kvality nemocnice

„Nemocnice poskytuje pacientům zdravotní péči jak v ambulantním, tak v hospitalizačním režimu na základě dostupných poznatků lékařské vědy, přičemž dbá především na bezpečnost pacientů a kvalitu poskytované péče.

Řízení kvality poskytované péče se děje prostřednictvím systému kvality, který je v nemocnici zaveden tak, aby byly dosahovány jak operativní, tak i strategické cíle v oblasti kvality.

Operativní cíle v oblasti kvality se stanovují pro období zpravidla jednoho kalendářního roku, strategické cíle pak pro delší časový horizont.

³³ MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 2004. s. 235.

Významnými nástroji uplatňovanými pro dosažení cílů kvality jsou zejména:

- vzdělávání a výchova zaměstnanců,
- systém up-to-date vedení zdravotnické dokumentace,
- prevence nežádoucích či rizikových jevů včetně prevence vzniku nežádoucích událostí,
- zvyšování komunikačních dovedností a prevence vzniku komunikačních konfliktů.

Zvlášť významné místo v systému kvality patří kontrolním mechanismům, které zajišťují zpětnou vazbu jednak při zavádění nových prvků při řízení kvality, jednak potvrzují funkčnost a dodržování již zavedených částí systému kvality.

Úpravy systému kvality se provádějí na základě doporučení Rady kvality, a to zpravidla na základě dostupných nejnovějších poznatků z oblasti efektivního řízení kvality ve zdravotnictví.³⁴

V únoru roku 2012 získala Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o. dva certifikáty kvality. Prvním z nich je certifikace ISO 9001:2008. „Předmětem certifikace byl systém řízení technicko-hospodářského zajištění provozu nemocnice, který zabezpečuje bezproblémový a průběžný chod zdravotnických oddělení.“³⁵ Certifikát (viz Příloha č. 2) nemocnici vydala společnost LL-C (Certification) Czech Republic, s. r. o. a je platný do 28. února 2015.

Certifikát ISO 9001:2008 je modifikací pro zdravotnictví. Cílem této certifikace je snaha pomoci nemocnicím v rozvoji základního managementu kvality, který by měl zajišťovat neustálé zlepšování s důrazem na prevenci chyb a snižování plýtvání a odchylek v organizaci. [9]

Druhým pak je certifikát „Nemocnice 21. století“ (viz Příloha č. 3) udělován Českou lékařskou komorou. „Toto ocenění je udělováno na základě výsledků provedeného personálního auditu zdravotnických pracovníků a má platnost dva roky. Znamená to, že nemocnice má dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.“³⁶

³⁴ Politika kvality. *Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace* [online]. © 2012 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: <http://www.nemfm.cz/o-nemocnici/politika-kvality/>

³⁵ Nemocnice získala certifikaci ISO 9001:2008 - Aktuality. *Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace* [online]. © 2012 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: <http://www.nemfm.cz/aktuality/nemocnice-ziskala-certifikaci-iso-9001-2008-604cz>

³⁶ Obhájen certifikát „Nemocnice 21. století“ – Aktuality. *Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace* [online]. © 2012 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: <http://www.nemfm.cz/aktuality/obhajen-certifikat-quot-nemocnice-21-stoleti-quot--598cz>

3.1.4 Dlouhodobá vize nemocnice

Motto Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o. zní: “Postaráme se o Vás od narození až do Vašeho stáří”. Z toho také vychází vize nemocnice, tedy to, čeho se snaží její vedení v dlouhodobém časovém horizontu dosáhnout.

Vedení nemocnice chce tedy dosáhnout toho, aby byla nemocnice volbou číslo 1 pro všechny její pacienty, aby se zde rádi vraceli a měli s poskytovanou péčí jen kladné zkušenosti.

Mezi další cíle nemocnice pak patří myšlenka být moderní nemocnicí pokrývající svou péčí oblast se 160 tis. obyvatel, s čímž je spojen i cíl poskytovat pacientům kvalitní a komplexní zdravotní péči s dlouhodobým zaměřením nejen na akutní léčbu, ale i na prevenci některých onemocnění. A tam, kde je to možné, poskytovat rovněž služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, tedy služby komerční. V plánu je také orientace nemocnice na zahraniční klientelu.

Nezapomíná se zde ani na zaměstnance. Vedení nemocnice chce mít zaměstnance kvalifikované pro poskytování odborné péče, kteří budou zároveň schopni řešit profesionálně i všechny další situace. Pro zaměstnance chce vytvářet prostředí, které je bude motivovat k setrvání v organizaci a loajalitě ke svému zaměstnavateli a vytvářet a trvale udržovat na všech pracovištích dobré vztahy mezi zaměstnanci.

Vedení nemocnice také vyzdvihuje výbornou platební morálku organizace vůči jejím dodavatelům, kterou chce pochopitelně trvale udržet. [17]

3.2 Výběr oddělení a metody sběru dat

3.2.1 Oddělení

Aby se předešlo případnému zkreslení výsledků této práce, ke kterému by při zkoumání spokojenosti pacientů s kvalitou služeb v nemocnici jako celku s největší pravděpodobností došlo, bylo pro účely této bakalářské práce vybráno jedno nemocniční oddělení. Výběr byl prováděn na základě seznamu jednotlivých oddělení a jedním z kritérií bylo, aby toto oddělení mělo jak lůžkovou část, tak ambulanci.

Ze seznamu oddělení se pak jako nejzajímavější jeví oddělení sídlící v hlavní budově nemocnice, které zahrnuje jak ambulanci ORL (Otorinolaryngologie – ušní, nosní, krční), tak lůžkovou část neurologie.

Toto spojení, tedy ORL a neurologie, je dosti netradiční a způsobeno je především nedostatkem místa, se kterým se potýká celá nemocnice. Nedávno totiž bylo z bezpečnostních

důvodů nutno vyklidit starou budovu a oddělení, která zde sídlila, byla přesunuta do ostatních budov. Tímto přesunem pak došlo ke zmiňovanému spojení ambulance ORL a lůžkové části neurologie v jedno oddělení.

3.2.2 Metoda sběru dat

Jelikož je pro zajištění vypovídací schopnosti bakalářské práce stanovena minimální hranice počtu dotazovaných respondentů na 50 osob, jevila se metoda dotazování po telefonu jako naprosto nereálná. Pro zvládnutí sesbírání takového množství dat byla proto vybrána metoda zahrnující sestavení dotazníku.

Dalším dilematem, které bylo potřeba vyřešit, byl způsob distribuování těchto dotazníků k pacientům. Posílání e-mailem by sice mohlo být reálné, ovšem návratnost se u této metody pohybuje ve velice nízkých hodnotách, takže by dotazování trvalo dosti dlouhou dobu, než by se zpět vrátil potřebný počet zcela vyplněných dotazníků.

Nakonec byla vybrána metoda přímého dotazování části pacientů ambulance ORL kombinovaná s hromadnou distribucí přímo k pacientům lůžkové části a zbylým pacientům ambulance, se kterou pomohli zaměstnanci tohoto nemocničního oddělení. Ti dotazníky pacientům přinesli, požádali je o jejich vyplnění a po nějakém čase je zase vysbírali nazpátek.

3.3 Sestavení dotazníků a sběr dat

Při sestavování dotazníků se přišlo na jeden důležitý fakt, a sice že nelze pokládat stejné otázky ohledně kvality poskytovaných služeb pacientům na ambulanci a pacientům na lůžkové části, protože obě tyto části oddělení mají zcela jiné specifikace a pacienti tak na ně přirozeně kladou různé nároky a mají u každé části naprosto odlišné priority.

Pacienta na ambulanci asi nebude zajímat, jaká je hlučnost na oddělení, když se tam zdrží jen nezbytně nutnou dobu potřebnou pro vyšetření a stanovení diagnózy. Naproti tomu pacient na lůžkovém oddělení zase logicky nemůže hodnotit dobu čekání na vyšetření po příchodu v čekárně.

Z výše uvedeného důvodu byly proto nakonec vytvořeny dvě odlišné varianty dotazníku, které byly zvláště distribuovány do ambulance a na lůžkovou část zkoumaného oddělení.

V každé z variant dotazníku pacienti hodnotili dané aspekty služeb poskytovaných oddělením ze dvou hledisek. Prvním z nich byla spokojenost, hodnocená na škále do 1 do 4, kde 1 znamená velkou nespokojenost a 4 velkou spokojenost. Druhým pak byla důležitost,

hodnocená rovněž na škále od 1 do 4, kde 1 znamená naprostou nedůležitost a 4 naopak extrémní důležitost.

Hodnoceny pak byly následující aspekty poskytovaných služeb:

- Ambulance
 - doba čekání na termín vyšetření,
 - ordinační doba,
 - čekání po příchodu v čekárně,
 - dostatek míst k sezení,
 - vybavení čekárny,
 - vybavení ordinace,
 - chování sestry,
 - chování lékaře,
 - schopnost naslouchat pacientovi,
 - rychlost vyšetření,
 - vysvětlení (tlumočení) diagnózy,
 - naordinovaná léčba.
- Lůžková část
 - velikost pokoje,
 - sociální zařízení,
 - vybavení pokoje,
 - čistota,
 - přístup personálu k pacientovi,
 - odbornost personálu,
 - příchod sestry po zazvonění,
 - hlučnost na oddělení,
 - teplota v pokoji,
 - návštěvní doba.

Konečný vzhled dotazníku pro ambulanci, který byl předkládán jednotlivým respondentům, se nachází v příloze č. 4, vzhled dotazníku pro lůžkovou část pak v příloze č. 5.

Dotazování výše zmíněným způsobem probíhalo první dva týdny měsíce dubna letošního roku, tj. od 2. do 15. dubna 2012. Na ambulanci vyplnilo dotazník 100 respondentů, na lůžkové části 50 respondentů.

3.4 Vyhodnocení dat

Kompletní výsledky dotazníkového šetření, které jsou nezbytné jako podklad, pro následující vyhodnocování dat, se nacházejí v přílohách č. 6 (ambulance) a č. 7 (lůžková část).

3.4.1 Rozdělení respondentů podle pohlaví

Kromě otázek spojených se spokojeností a důležitostí jednotlivých aspektů poskytovaných služeb na ambulanci a v lůžkové části, byli pacienti v dotazníku rovněž požádáni, aby vyplnili kolonku „Vaše pohlaví“.

Díky tomuto mohou být odpovídající respondenti rozděleni do dvou skupin, tedy na muže a ženy, u kterých lze zvláště sledovat případné trendy v odpovídání na kladené dotazy.

Další možností je pak porovnávání obou takto vzniklých skupin mezi sebou a případná doporučení tak mohou být úžeji zaměřena a tím také značně zpřesněna.

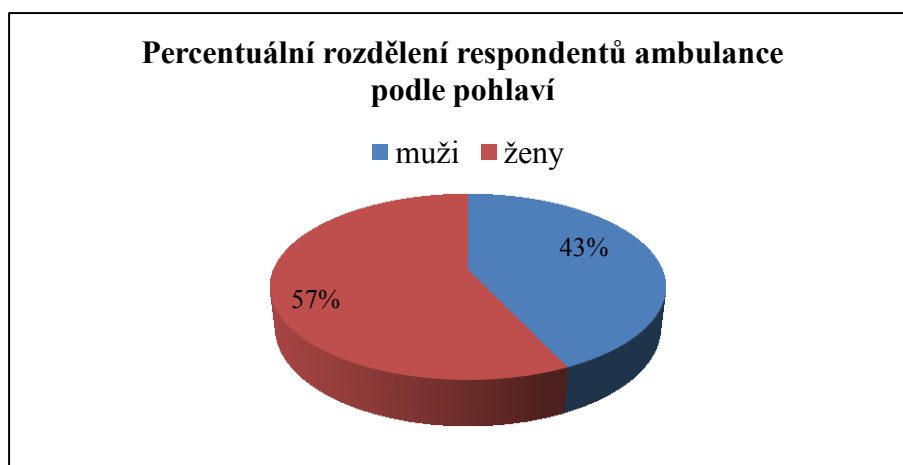
a) Ambulance

Co se týče ambulantní části zkoumaného nemocničního oddělení, zde je počet žen a mužů téměř vyrovnán, jak ostatně napoví údaje obsažené v tabulce 3.1. Počet respondentů zde byl roven 100.

Pohlaví	Počet
muži	43
ženy	57
celkem	100

Tabulka 3.1 Rozdělení respondentů ambulance podle pohlaví

Grafické znázornění jednotlivých počtů mužů a žen se nachází v grafu 3.1, který uvádí výsledné počty v procentuálním vyjádření.



Graf 3.1 Percentuální rozdělení respondentů ambulance podle pohlaví

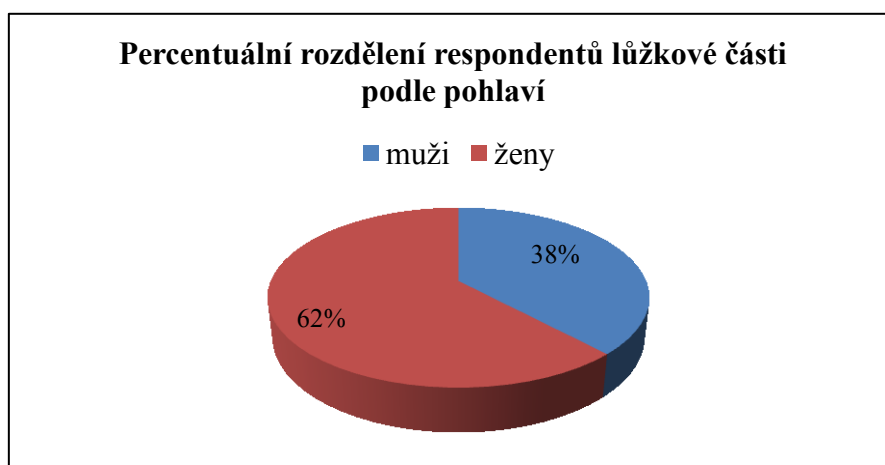
b) Lůžková část

U lůžkové části, kde na dotazník odpovídalo pouze 50 respondentů, je však situace zcela odlišná. Výrazněji zde totiž, co do počtu, převažují ženy nad muži. Přesná data jsou obsažena v tabulce 3.2.

Pohlaví	Počet
muži	19
ženy	31
celkem	50

Tabulka 3.2 Rozdělení respondentů lůžkové části podle pohlaví

I zde bylo rovněž vypracováno grafické znázornění počtů respondentů podle pohlaví vyjádřeno v procentech, které se nachází v grafu 3.2.



Graf 3.2 Percentuální rozdělení respondentů lůžkové části podle pohlaví

3.4.2 Aritmetický průměr

Jednou z nejzákladnějších metod zpracování velkého množství dat je správně zvolený aritmetický průměr. Jde vlastně jen o prostý podíl, kdy v čitateli je suma všech hodnot pro příslušný ukazatel a ve jmenovateli počet respondentů, kteří odpovídali a u kterých je tedy zaznamenána nějaká hodnota.

V následujících částech jsou vyjádřeny aritmetické průměry zvláště pro ambulanci a zvláště pro lůžkovou část, přičemž na každou tuto část je nahlíženo jak z pohledu spokojenosti respondentů, tak i z pohledu důležitosti daného ukazatele pro respondenty.

Důležité je znovu připomenout škálu hodnocení. Ta je u spokojenosti i důležitosti nastavena stejně, tedy od 1 do 4, kde 1 znamená velkou nespokojenost (naprostou nedůležitost), 4 pak velkou spokojenost (extrémní důležitost).

a) Ambulance

U části vybraného nemocničního oddělení, ve kterém se nachází ambulance, bylo zkoumáno, jak již bylo zmíněno dříve, dvanáct různých hledisek. U těchto hledisek 100 respondentů hodnotilo zvláště svou spokojenost s jejich dosavadní úrovní a subjektivní důležitost daného hlediska.

Nejdříve se hodnotila spokojenost. Aritmetický průměr spokojenosti s každým z dvanácti hodnocených hledisek se nachází v tabulce 3.3, která je přehledně uspořádána od hlediska, které dosáhlo nejvyšší spokojenosti až po hledisko, které naopak dosáhlo spokojenosti nejnižší.

	Spokojenost
Vybavení ordinace	3,11
Schopnost naslouchat pacientovi	3,04
Vysvětlení diagnózy	2,92
Naordinovaná léčba	2,91
Rychlost vyšetření	2,84
Chování lékaře	2,77
Vybavení čekárny	2,68
Chování sestry	2,61
Dostatek míst k sezení	2,53
Ordinační doba	2,52
Doba čekání na termín vyšetření	2,28
Čekání po příchodu v čekárně	2,06

Tabulka 3.3 Spokojenost – ambulance

Jak je patrné z tabulky 3.3, nejspokojenější jsou respondenti s vybavením ordinace. Co se týče odborných znalostí a dovedností personálu, jsou respondenti také povětšinou spokojeni. Pokud vezmeme v úvahu chování sestry a lékaře, pohybují se lehce pod hodnotou 3, což ještě značí spokojenost.

Naopak na druhém konci se nachází všechna hlediska spojená s časem, tedy ordinační doba, doba čekání na termín vyšetření a čekání po příchodu v čekárně. Poslední ze jmenovaných dosáhlo vůbec nejhoršího hodnocení, pouhých 2,06 v průměru, což značí již dosti značnou nespokojenost. O mnoho lépe na tom není ani předposlední hledisko (doba čekání na termín vyšetření), které dosáhlo hodnoty 2,28 v průměru.

Po spokojenosti se hodnotila důležitost jednotlivých hledisek. Aritmetické průměry důležitosti každého ze zvolených hledisek, přehledně uspořádané od nejdůležitějšího po nejméně důležité, jsou zaznamenány v tabulce 3.4.

	Důležitost
Chování lékaře	3,70
Naordinovaná léčba	3,68
Vysvětlení diagnózy	3,60
Schopnost naslouchat pacientovi	3,58
Chování sestry	3,55
Čekání po příchodu v čekárně	3,44
Ordinační doba	3,34
Doba čekání na termín vyšetření	3,33
Rychlost vyšetření	3,19
Vybavení ordinace	3,18
Dostatek míst k sezení	3,08
Vybavení čekárny	2,28

Tabulka 3.4 Důležitost – ambulance

Nejdůležitějším hlediskem pro pacienty je, jak se ukázalo, chování lékaře. Dalšími velice důležitými hledisky pro pacienty jsou naordinovaná léčba, vysvětlení diagnózy, schopnost naslouchat pacientovi či chování sestry. Tyto výsledky se ukazují být zcela logickými, protože každý pacient, který ambulanci navštíví, má s největší pravděpodobností nějaký zdravotní problém, který chce vyřešit. Zajímají jej proto především úkony spojené bezprostředně s prohlídkou a postupy lékaře či sestry.

Naopak nejméně důležité jsou pro pacienty hlediska, jako je vybavení ordinace, dostatek míst k sezení a konečně hledisko, které dosáhlo absolutně nejnižší hodnoty 2,28, což

je vybavení čekárny. Toto je opět zcela logické, pacienta nebude zajímat, jak vypadá čekárna, důležité je pro něj především samotné vyšetření a úkony s tímto spojené.

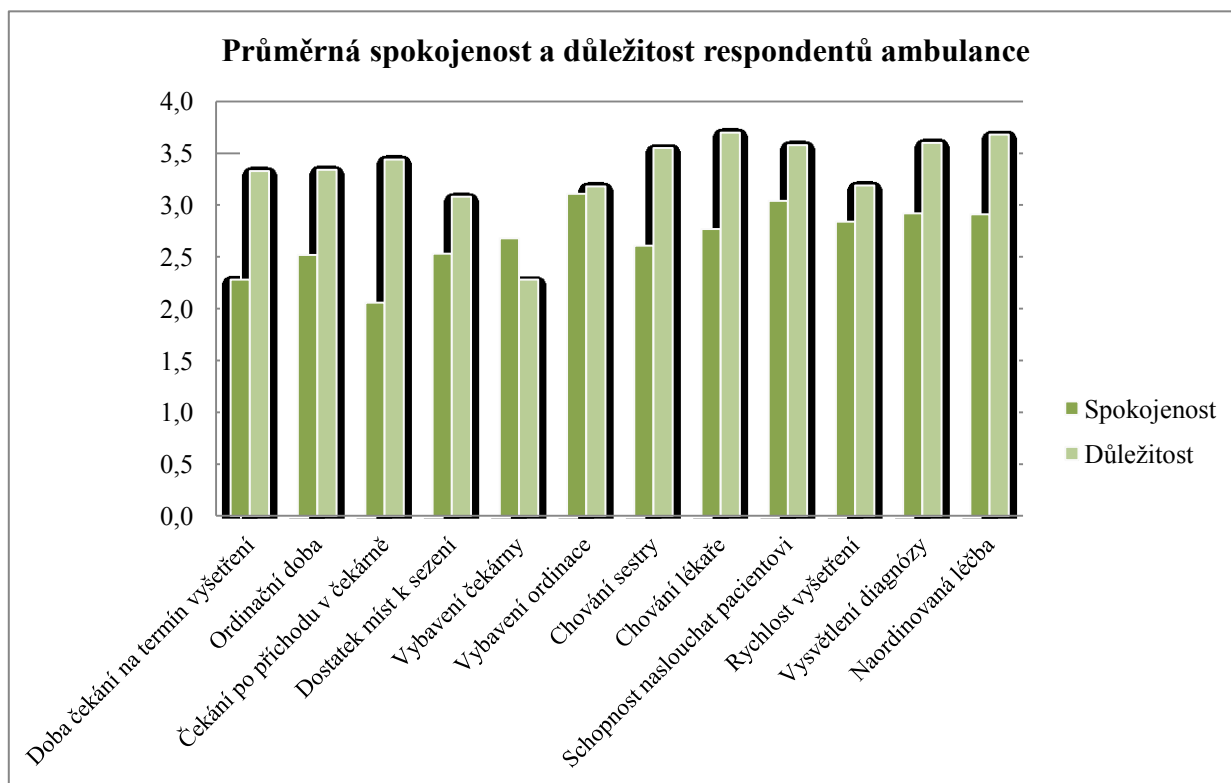
Pokud srovnáme hodnoty, které se ukázaly jako nejdůležitější, se spokojeností s jednotlivými hodnotami, tedy tabulky 3.3 a 3.4 navzájem, dojdeme k tomu, že co se týče úkonů bezprostředně souvisejícími se zdravotním problémem a jeho řešením, jako jsou schopnost naslouchat pacientovi, vysvětlení diagnózy a naordinovaná léčba, vyskytují se tato hlediska v obou případech v prvních polovinách obou tabulek.

Jinými slovy tedy hlediska spojená se samotným vyšetřením nemocnice zvládá poskytovat na takové úrovni, aby s těmito hledisky byli pacienti rovněž také spokojeni.

Na druhou stranu ovšem organizační hlediska, jakými jsou např. doba čekání na termín, čekání po příchodu v čekárně či ordinační doba, jsou pro pacienty z hlediska důležitosti ve středu tabulky 3.4. Ovšem co se týče spokojenosti pacientů s těmito hledisky, nachází se tyto hodnoty v tabulce spokojenosti až na samém konci.

Z toho tedy vyplývá, že organizační hlediska spojená se zdravotními obtížemi, kvůli kterým pacienti do ambulance chodí, nejsou v nemocnici na takové úrovni, aby zcela uspokojily požadavky pacientů.

Přehledné grafické znázornění důležitosti a spokojenosti s jednotlivými znaky se nachází v grafu 3.3.



Graf 3.3 Průměrná spokojenost a důležitost respondentů ambulance

b) Lůžková část

U lůžkové části zvoleného zkoumaného oddělení bylo stanoveno deset hledisek, které hodnotilo 50 respondentů. I zde byla u každého hlediska hodnocena zvláště spokojenost a zvláště jeho důležitost.

Jako první byla opět hodnocena spokojenost. Aritmetické průměry spokojenosti respondentů se všemi hledisky jsou přehledně uspořádány v tabulce 3.5. Hlediska jsou zde řazena od těch s největší hodnotou spokojenosti až po ty s hodnotou nejmenší.

	Spokojenost
Čistota	3,48
Odbornost personálu	3,12
Přístup personálu k pacientovi	3,08
Teplota v pokoji	2,66
Velikost pokoje	2,66
Hlučnost na oddělení	2,64
Příchod sestry po zazvonění	2,56
Návštěvní doba	2,52
Vybavení pokoje	2,50
Sociální zařízení	2,30

Tabulka 3.5 Spokojenost – lůžková část

Z deseti hodnocených hledisek dosáhla nejlepší hodnoty spokojenosti čistota, odbornost personálu a přístup personálu k pacientům. S těmito hledisky byli tedy respondenti nejvíce spokojeni.

Naopak nejhůře v tomto ohledu dopadla hlediska, jako jsou příchod sestry po zazvonění, návštěvní doba, vybavení pokoje či sociální zařízení. Poslední ze jmenovaných dosáhlo také nejnižší hodnoty spokojenosti, pouhých 2,3.

I v této části následovalo po spokojenosti hodnocení důležitosti. Aritmetické průměry všech hodnocených hledisek, přehledně uspořádaný od nejdůležitějšího po nejméně důležité, zobrazuje tabulka 3.6.

	Důležitost
Příchod sestry po zazvonění	3,74
Přístup personálu k pacientovi	3,70
Odbornost personálu	3,68
Čistota	3,52
Sociální zařízení	3,50
Návštěvní doba	3,18
Vybavení pokoje	2,90
Hlučnost na oddělení	2,84
Velikost pokoje	2,84
Teplota v pokoji	2,80

Tabulka 3.6 Důležitost – lůžková část

Jak se ukázalo, nejdůležitější jsou pro pacienty hlediska, která se bezprostředně týkají personálu nemocnice. Jsou to tedy hlediska jako příchod sestry po zazvonění, přístup personálu k pacientovi a odbornost personálu.

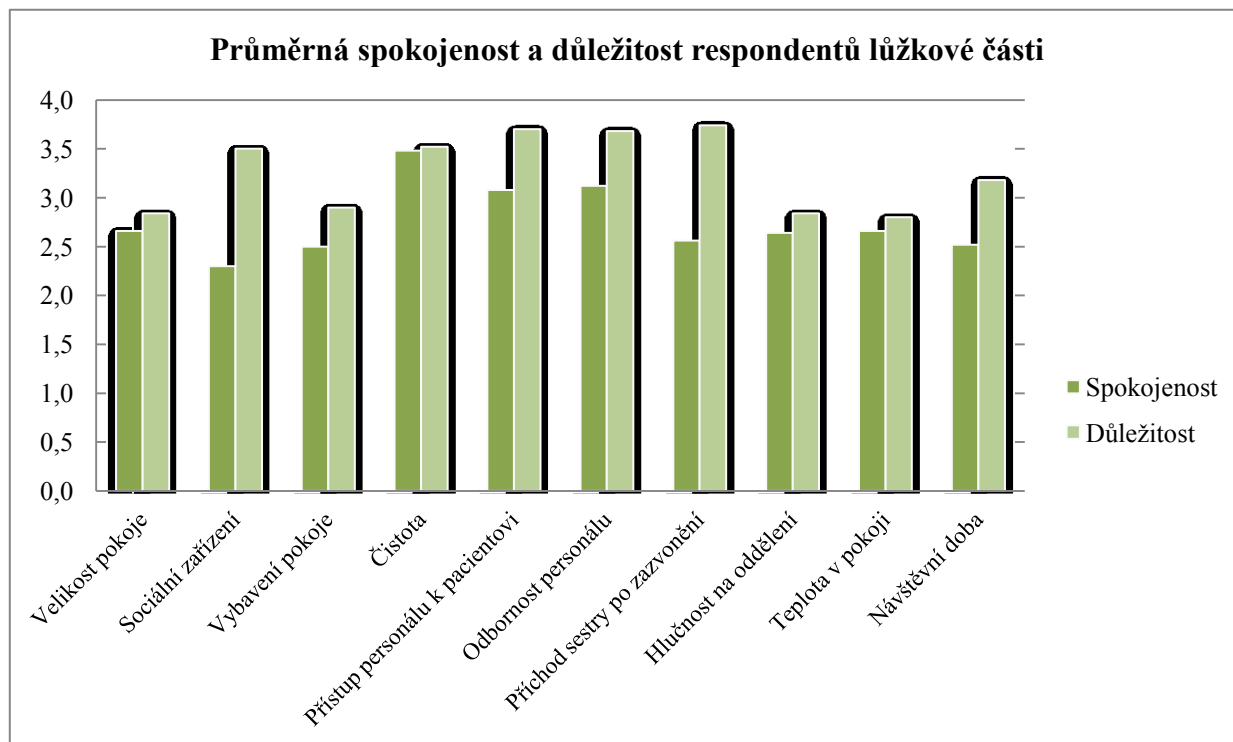
Naopak mezi nejméně důležitá hlediska patří hlučnost na oddělení, velikost pokoje a teplota v pokoji. Tedy hlediska spojená s vlastním „ubytováním“ pacientů. Nejméně důležité hledisko vůbec je zde pak teplota v pokoji.

Při opětovném srovnání hledisek z pohledu důležitosti a spokojenosti dohromady, se ukazuje, že odbornost a přístup personálu jsou pro pacienty nejen důležité, ale zároveň jsou ze strany nemocnice i dobře plněné, pacienti jsou s nimi tedy rovněž spokojeni.

Pokud se ale jedná o rychlost personálu, vybavení pokoje či návštěvní dobu, zde jsou naopak pacienti spíše nespokojeni, i když jsou pro ně tato hlediska přibližně ve středu tabulky důležitosti.

Vůbec nejhůře pak dopadlo hledisko „sociální zařízení“. Toto je pro pacienty velice důležité, avšak co se týče spokojenosti, má nemocnice opravdu co dohánět.

Přehledné grafické znázornění důležitosti a spokojenosti s jednotlivými hledisky se nachází v grafu 3.4.



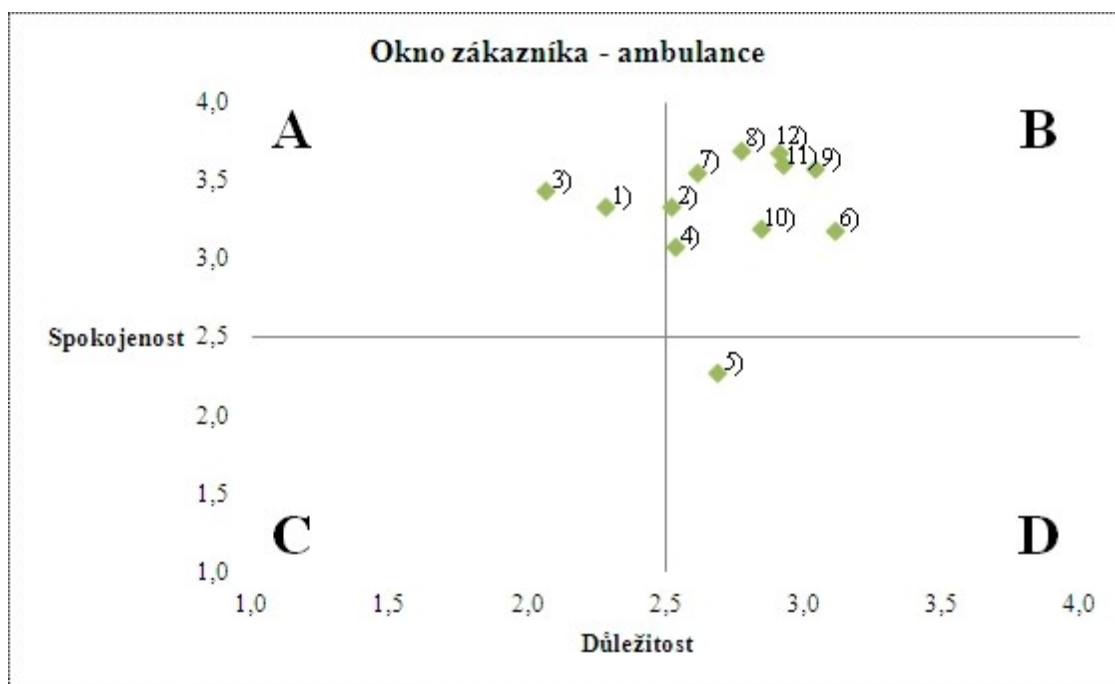
Graf 3.4 Průměrná spokojenost a důležitost respondentů lůžkové části

3.4.3 Okno zákazníka

Metoda hodnocení dat získaných dotazníkovým šetřením, která se zaměřuje na rozdělení hledisek poskytovaných služeb. Jednoduše a přehledně se díky ní dá zjistit, které činnosti plní nemocnice správně, tedy které by se měla snažit udržet na dosavadní úrovni a které správně neplní, tedy ty, na které by se měla bezprostředně zaměřit. Dále lze touto metodou určit i činnosti, které jsou dobře či špatně plněny, ale na které není potřeba se nikterak zaměřovat, ať už co se týče jejich udržování či zlepšování.

a) Ambulance

Jako první bylo sestaveno okno zákazníka pro část oddělení s ambulancí na základě vypočtených aritmetických průměrů v tabulkách 3.3 a 3.4.



Vysvětlivky

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Doba čekání na termín vyšetření | 7) Chování sestry |
| 2) Ordinační doba | 8) Chování lékaře |
| 3) Čekání po příchodu v čekárně | 9) Schopnost naslouchat pacientovi |
| 4) Dostatek míst k sezení | 10) Rychlost vyšetření |
| 5) Vybavení čekárny | 11) Vysvětlení (tlumočení) diagnózy |
| 6) Vybavení ordinace | 12) Naordinovaná léčba |

Graf 3.5 Okno zákazníka – ambulance

Jak vyplývá z grafu 3.5, většina činností, spojených s poskytováním služeb na ambulanci, spadá do kvadrantu „B“. Zde se nacházející činnosti jsou ty, které jsou pro pacienty důležité a zároveň jsou s jejich kvalitou spokojeni. Nemocnice zde tedy plní svou úlohu dobře a měla by se zaměřit především na udržení stávající úrovně těchto činností.

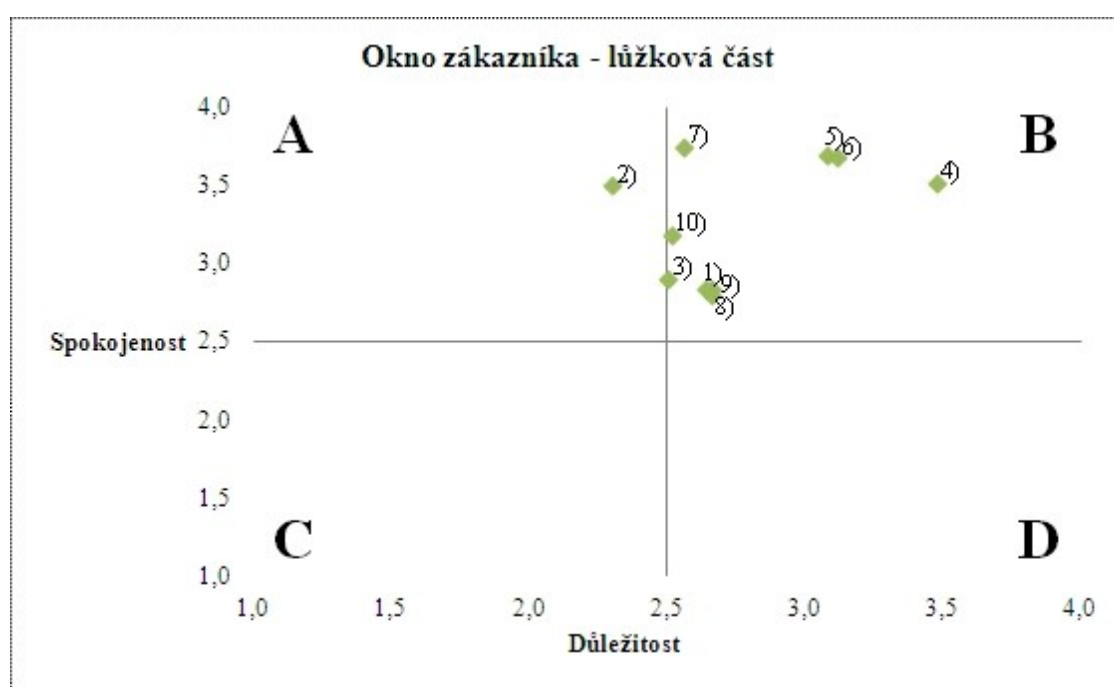
Naopak nejméně hledisek, konkrétně pouze jedno – vybavení čekárny, spadá do kvadrantu „D“. Zde se nacházejí ta hlediska, která jsou sice plněna výborně, pro pacienty jsou však naprosto nedůležitá. Nemocnice se proto na ně nemusí nikterak zaměřovat, ať už co se týče zlepšování či udržování stávajícího stavu. Jen by zde zbytečně plýtvala svými prostředky.

V kvadrantu „C“ se nenacházejí žádné ze zkoumaných hledisek, není potřeba jej proto dále rozebírat.

Nejdůležitějším je z pohledu nemocnice kvadrant „A“. Zde se totiž nacházejí ta hlediska, která jsou pro pacienty při jejich hodnocení spokojenosti s kvalitou služeb velice důležitá, ale nejsou plněna natolik kvalitně, aby s nimi mohli být pacienti spokojeni. U těchto hledisek hrozí nemocnici bezprostřední nebezpečí ve zhoršení vnímání poskytované kvality pacienty. Je proto potřeba se na ně bezprostředně zaměřit a v co nejkratším termínu sjednat nápravu. Patří zde hlediska spojená s časem, tedy doba čekání na termín vyšetření a čekání po příchodu v čekárně. Zaměřit by se zde dalo i na hlediska ležící na dělicí ose v hodnotě spokojenosti 2,5, tedy na ordinační dobu a dostatek míst k sezení.

b) Lůžková část

Dále bylo, na základě tabulek 3.5 a 3.6, okno zákazníka sestaveno i pro část lůžkovou.



Vysvětlivky

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1) Velikost pokoje | 6) Odbornost personálu |
| 2) Sociální zařízení | 7) Příchod sestry po zazvonění |
| 3) Vybavení pokoje | 8) Hlučnost na oddělení |
| 4) Čistota | 9) Teplota v pokoji |
| 5) Přístup personálu k pacientovi | 10) Návštěvní doba |

Graf 3.6 Okno zákazníka – lůžková část

Podle poznatků vyjádřených v grafu 3.6 lze jednoznačně určit, že se u lůžkové části nenachází žádná hlediska nejen v kvadrantu „C“, jako tomu bylo u ambulance, ale rovněž

také v kvadrantu „D“. Z toho vyplývá, že se v této části nenacházejí žádná hlediska, která by byla ze strany nemocnice zbytečně přeceňována.

Většina hledisek se i zde nachází v kvadrantu „B“. Jsou to tedy ta hlediska, která jsou pro pacienty velice důležitá a ze strany nemocnice jsou rovněž skvěle plněna, pacienti jsou s nimi tedy spokojeni. I tady platí to, co již bylo řečeno v minulé části – nemocnice by se u těchto hledisek měla zaměřit na udržení jejich stávající kvality.

Zcela v kvadrantu „A“, tedy v tom, z pohledu nemocnice, nejdůležitějším kvadrantu, se nachází pouze jedno hledisko. Tímto hlediskem je sociální zařízení. Řadit by se zde však mohla i hlediska nacházející se na dělicí čáře spokojenosti v hodnotě 2,5 - vybavení pokoje a návštěvní doba. Tato hlediska jsou pro pacienty velice důležitá, co se však týče kvality vnímané pacienty, měla by se nemocnice rychle zaměřit na jejich zlepšení.

3.4.4 Index spokojenosti zákazníků (I_{sz})

Index spokojenosti zákazníků se skládá ze dvou částí, první z nich se zabývá spokojeností s výrobkem a druhá spokojeností s poskytovanými službami. Jelikož ovšem hodnocené znaky souvisejí pouze a výhradně se službami poskytovanými pacientům a nemocnice tudíž nevyrábí žádný výrobek, je nutné použít v tomto případě modifikaci zmiňovaného indexu.

Použita proto bude pouze část spokojenosti se službami. Výpočet tohoto indexu bude prováděn na základě následujících vzorců (3.1, 3.2 a 3.3).

$$I_{ss} = \sum_{i=1}^N w_{is} \cdot S_i \quad (3.1)$$

Kde N – počet znaků spokojenosti zákazníků se službami,

w_{is} – váha i -tého znaku spokojenosti se službami; musí platit vztah 3.2,

$$\sum_{i=1}^N w_{is} = 1 \quad (3.2)$$

S_i – hodnocení míry spokojenosti s i -tým znakem služeb vybranými zákazníky (vzorec 3.3). [11]

$$S_i = \frac{\sum_{x=1}^n S_{ix}}{n} \quad (3.3)$$

Kde S_{ix} – hodnocení i -tého znaku spokojenosti se službami x -tým zákazníkem,

n – rozsah výběru (celkový počet zákazníků). [11]

a) Ambulance

První výpočty indexu spokojenosti zákazníků, v případě této práce spíše index spokojenosti pacientů, jsou prováděny pro část vybraného nemocničního oddělení s ambulancí.

Vysvětlivky pro tabulky 3.7, 3.8 a 3.9

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Doba čekání na termín vyšetření | 7) Chování sestry |
| 2) Ordinační doba | 8) Chování lékaře |
| 3) Čekání po příchodu v čekárně | 9) Schopnost naslouchat pacientovi |
| 4) Dostatek míst k sezení | 10) Rychlost vyšetření |
| 5) Vybavení čekárny | 11) Vysvětlení (tlumočení) diagnózy |
| 6) Vybavení ordinace | 12) Naordinovaná léčba |

dílčí I_{ss} – součin S_i a w_{is} příslušného znaku

podíl v % – kolik % z celkového indexu spokojenosti zákazníků je tvořeno daným znakem

Index spokojenosti zákazníků byl počítán pouze pro služby. Vypočteny byly celkem tři různé indexy spokojenosti, kdy jako první byl počítán index spokojenosti celkový, tedy pro všech 100 respondentů, jako druhý index spokojenosti pouze pro mužskou část respondentů a jako třetí pak index spokojenosti pro ženskou část respondentů.

	1.		2.		3.		4.		5.		6.	
	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}
průměr	2,28	0,08	2,52	0,08	2,06	0,09	2,53	0,08	2,68	0,06	3,11	0,08
dílčí I_{ss}	0,1900476		0,2106834		0,1773817		0,1950538		0,1529512		0,2475544	
podíl v %	7,05834%		7,82476%		6,58794%		7,24428%		5,68059%		9,19414%	

7.		8.		9.		10.		11.		12.	
S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}
2,61	0,09	2,77	0,09	3,04	0,09	2,84	0,08	2,92	0,09	2,91	0,09
0,2319274		0,2565457		0,2724205		0,2267735		0,2631289		0,2680551	
8,61376%		9,52808%		10,11767%		8,42234%		9,77258%		9,95553%	

Tabulka 3.7 Index spokojenosti zákazníků ambulance – celkový

Z vypočtených údajů, uvedených přehledně v tabulce 3.7, byl na základě vztahu 3.1 na str. 51 vypočítán celkový index spokojenosti zákazníků.

$$I_{ss} = (2,28 \cdot 0,08) + (2,52 \cdot 0,08) + \dots + (2,91 \cdot 0,09) = 2,69252$$

Jak je patrné ze zmiňovaného výpočtu, vyšel index roven hodnotě 2,69252. Tato hodnota vypovídá o mírné celkové spokojenosti tázaných respondentů, neboť se výsledná hodnota pohybuje nad poloviční hranicí 2,0 a dosahuje tedy 67,313 % z nejlepší možné hodnoty 4,0.

Z řádku „podíl v %“ v tabulce 3.7 je pak zřejmé, že se na výsledné spokojenosti nejvíce podílí znak schopnost naslouchat pacientovi, následován vysvětlením diagnózy ze strany lékaře. Naopak nejméně se na výsledné spokojenosti podílí znaky vybavení čekárny a čekání po příchodu v čekárně, které jsou tedy respondenty přijímány s nejmenší spokojeností.

	1.		2.		3.		4.		5.		6.	
	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
průměr	2,19	0,08	2,44	0,08	2,19	0,09	2,58	0,07	2,77	0,06	3,09	0,08
dílčí I _{ss}	0,1851523		0,203647		0,1953754		0,1918106		0,1588996		0,2483097	
podíl v %	6,90362%		7,59322%		7,28480%		7,15188%		5,92476%		9,25852%	

7.		8.		9.		10.		11.		12.	
S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
2,53	0,09	2,67	0,09	3,07	0,09	2,88	0,08	2,91	0,09	2,88	0,09
0,2252352		0,2487508		0,2727619		0,22851		0,2567867		0,2667198	
8,39816%		9,27497%		10,17025%		8,52026%		9,57460%		9,94496%	

Tabulka 3.8 Index spokojenosti zákazníků ambulance – muži

Z vypočtených údajů, uvedených přehledně v tabulce 3.8, byl rovněž na základě vztahu 3.1 na str. 51 vypočítán index spokojenosti zákazníků pro mužskou část respondentů.

$$I_{ss} = (2,19 \cdot 0,08) + (2,44 \cdot 0,08) + \dots + (2,88 \cdot 0,09) = 2,68196$$

Z výpočtu výše vyplývá, že index spokojenosti mužů je oproti celkovému indexu spokojenosti nepatrně nižší, dosahuje hodnoty „pouze“ 2,68196. Nicméně i zde se tato hodnota pohybuje nad hranicí 2,0, což stále znamená mírnou spokojenost mužské části dotazovaných a dosahuje 67,049 % z nejlepší možné hodnoty 4,0.

Nejvíce se na výsledné spokojenosti mužů podílí znaky schopnost naslouchat pacientovi a naordinovaná léčba, nejmenší spokojenosti naopak dosahují znaky vybavení čekárny a doba čekání na termín vyšetření.

	1.		2.		3.		4.		5.		6.	
	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
průměr	2,35	0,08	2,58	0,08	1,96	0,08	2,49	0,08	2,61	0,06	3,12	0,08
dílčí I _{ss}	0,1941407		0,2161164		0,1646601		0,1972349		0,1483728		0,2472381	
podíl v %	7,18606%		7,99948%		6,09484%		7,30059%		5,49197%		9,15144%	

7.		8.		9.		10.		11.		12.	
S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}
2,67	0,09	2,84	0,09	3,02	0,09	2,81	0,08	2,93	0,09	2,93	0,09
0,2371092		0,2624014		0,2719832		0,2256555		0,2676454		0,2690728	
8,77652%		9,71271%		10,06737%		8,35257%		9,90681%		9,95965%	

Tabulka 3.9 Index spokojenosti zákazníků ambulance – ženy

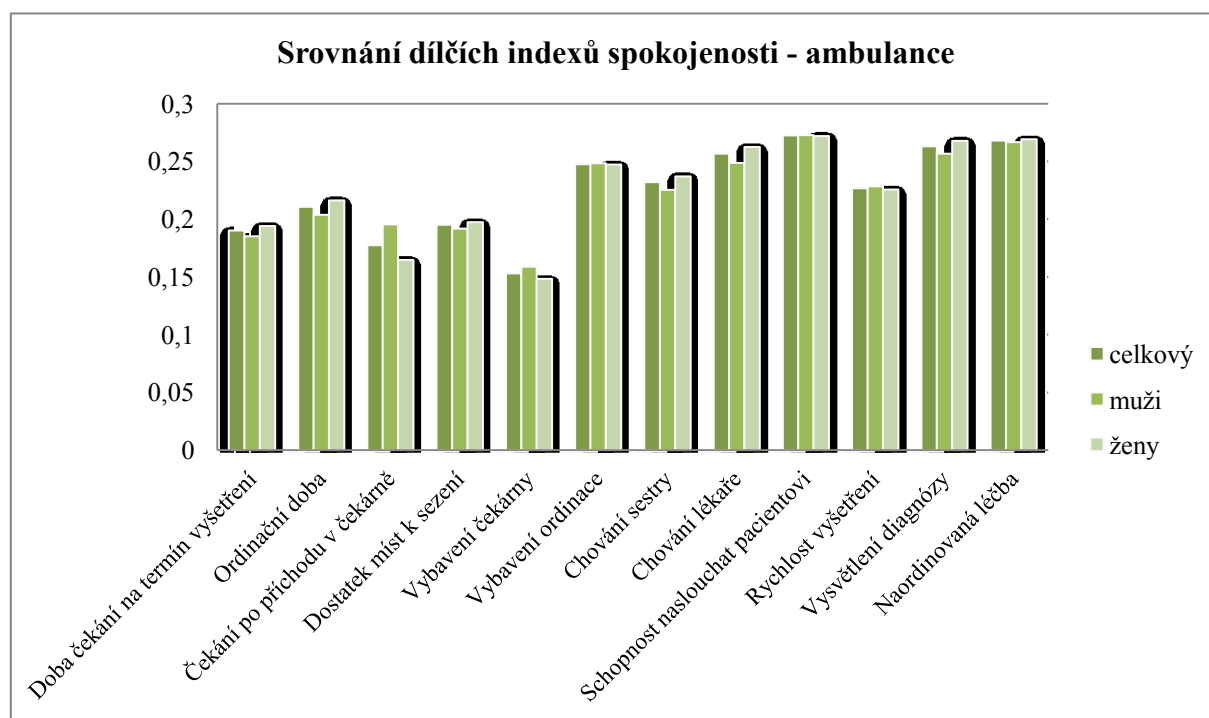
Z vypočtených údajů, uvedených přehledně v tabulce 3.9, byl znovu na základě vztahu 3.1 na str. 51 vypočítán index spokojenosti zákazníků pro ženskou část respondentů.

$$I_{ss} = (2,35 \cdot 0,08) + (2,58 \cdot 0,08) + \dots + (2,93 \cdot 0,09) = 2,70163$$

Výsledná hodnota indexu spokojenosti žen je naopak vyšší, než celková hodnota indexu spokojenosti pacientů, konkrétně 2,70163. I tato hodnota značí mírnou spokojenost, neboť se logicky opět pohybuje nad hranicí 2,0 a dosahuje 67,541 % z nejlepší možné hodnoty 4,0.

Nejvíce se na výsledném indexu spokojenosti žen podílí znaky schopnost naslouchat pacientovi a vysvětlení diagnózy, nejméně pak znaky vybavení čekárny a čekání po příchodu v čekárně, s nimiž jsou tedy ženy spokojeny nejméně.

Na závěr bylo provedeno srovnání výše vypočtených indexů spokojenosti pacientů, tedy celkového indexu a indexu zvláště pro muže a pro ženy. Pro lepší interpretaci tohoto srovnání byly sestrojeny grafy 3.7 a 3.8.

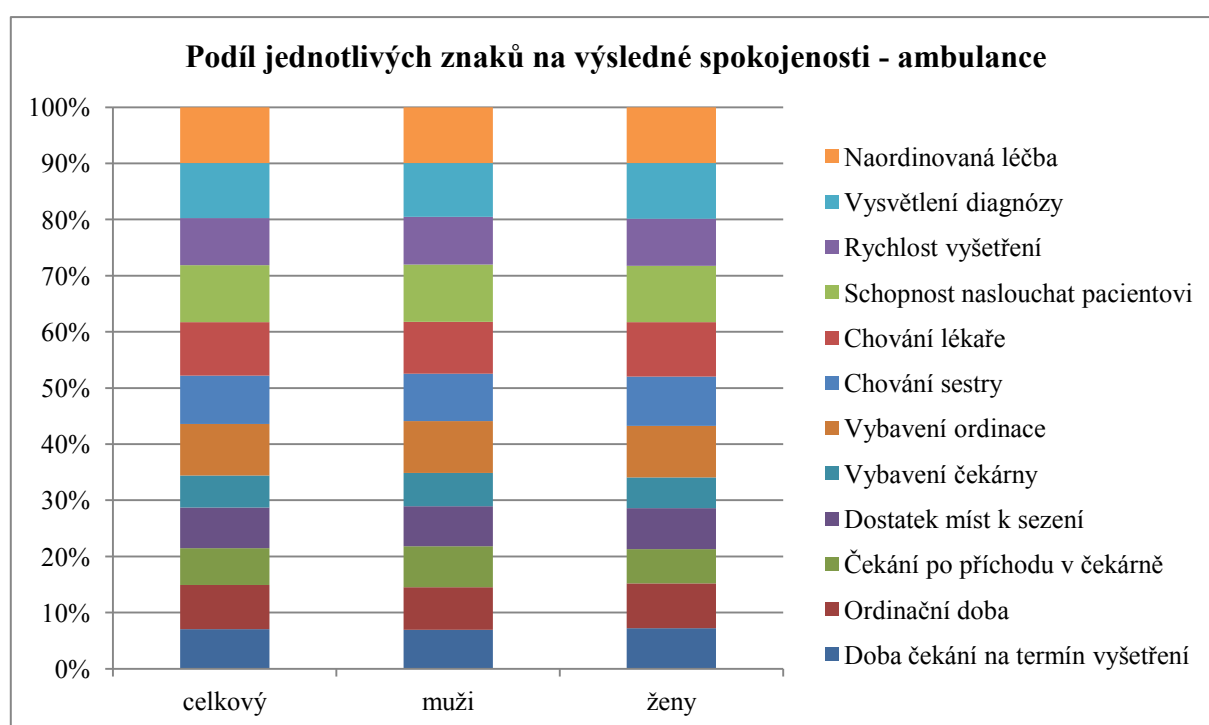


Graf 3.7 Srovnání dílčích indexů spokojenosti – ambulance

V grafu 3.7 bylo provedeno srovnání dílčích částí jednotlivých indexů spokojenosti pacientů pro ambulanci. Všechny tyto části dávají po sečtení dohromady příslušný index.

Při pohledu na graf je zřejmé, že se hodnoty jednotlivých částí dosti liší, avšak při srovnání hodnot jedné části z hlediska tří zmiňovaných indexů, jsou hodnoty takřka stejné a liší se jen v řádu tisícín bodu.

Největší rozdíly hodnot byly zaznamenány u znaků čekání po příchodu v čekárně, ordinační doba a chování sestry, naproti tomu nejmenší rozdíly hodnot jsou u znaků schopnost naslouchat pacientovi, vybavení ordinace a rychlost vyšetření, které jsou takřka totožné.



Graf 3.8 Podíl jednotlivých znaků na výsledné spokojenosti – ambulance

Naproti tomu graf 3.8 srovnává jednotlivé indexy z pohledu podílu jednotlivých znaků v % na výsledné hodnotě spokojenosti.

I zde jsou rozdíly mezi jednotlivými indexy nepatrné, většího rozdílu si lze na první pohled všimnout snad jen u znaků chování lékaře, čekání po příchodu v čekárně a ordinační doba.

b) Lůžková část

Po výpočtech indexu spokojenosti zákazníků u ambulance následují stejné propočty pro lůžkovou část vybraného nemocničního oddělení.

Vysvětlivky pro tabulky 3.10, 3.11 a 3.12

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1) Velikost pokoje | 6) Odbornost personálu |
| 2) Sociální zařízení | 7) Příchod sestry po zazvonění |
| 3) Vybavení pokoje | 8) Hlučnost na oddělení |
| 4) Čistota | 9) Teplota v pokoji |
| 5) Přístup personálu k pacientovi | 10) Návštěvní doba |

dílčí I_{ss} – součin S_i a w_{is} příslušného znaku

podíl v % – kolik % z celkového indexu spokojenosti zákazníků je tvořeno daným znakem

I pro lůžkovou část zkoumaného nemocničního oddělení byly vypočteny tři indexy spokojenosti zákazníků se službami – celkový, muži a ženy.

	1.		2.		3.		4.		5.	
	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}
průměr	2,66	0,09	2,30	0,11	2,50	0,09	3,48	0,11	3,08	0,11
dílčí I_{ss}	0,2310214		0,2461774		0,2217125		0,3746055		0,3485015	
podíl v %	8,34600%		8,89353%		8,00970%		13,53320%		12,59015%	

6.		7.		8.		9.		10.	
S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}	S_i	w_{is}
3,12	0,11	2,56	0,11	2,64	0,09	2,66	0,09	2,52	0,10
0,3511193		0,2927951		0,2292844		0,2277676		0,2450642	
12,68472%		10,57767%		8,28325%		8,22845%		8,85332%	

Tabulka 3.10 Index spokojenosti zákazníků lůžkové části – celkový

Z vypočtených údajů, uvedených přehledně v tabulce 3.10, byl na základě vztahu 3.1 na str. 51 vypočítán celkový index spokojenosti zákazníků.

$$I_{ss} = (2,66 \cdot 0,09) + (2,30 \cdot 0,11) + \dots + (2,52 \cdot 0,10) = 2,76805$$

Výsledná hodnota je zde 2,76805, což je ve srovnání s hodnotami, dosahovanými v části s ambulancí, o přibližně 0,1 bodu více. Způsobeno to může být, buď menším počtem dotazovaných respondentů, nebo celkově spokojenějšími pacienty, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni oproti těm, kteří dochází do nemocnice pouze ambulantně. Celkově jsou tedy pacienti spokojeni, neboť je výsledná hodnota vyšší, než hranice 2,0 a dosahuje 69,201 % z nejlepší možné hodnoty 4,0.

Nejvíce se na výsledné celkové spokojenosti respondentů podílí znaky čistota a odbornost personálu, nejméně jsou naopak všichni dotazovaní respondenti lůžkové části spokojeni se znaky vybavení pokoje a teplota v pokoji.

	1.		2.		3.		4.		5.	
	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
průměr	2,53	0,09	2,47	0,11	2,68	0,09	3,47	0,11	3,05	0,11
dílčí I _{ss}	0,2180191		0,2664567		0,2443266		0,3687029		0,3393949	
podíl v %	7,84346%		9,58606%		8,78990%		13,26447%		12,21009%	

6.		7.		8.		9.		10.	
S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
3,11	0,11	2,58	0,11	2,58	0,09	2,58	0,09	2,58	0,10
0,3501368		0,2948529		0,2225611		0,2225611		0,252615	
12,59654%		10,60764%		8,00687%		8,00687%		9,08809%	

Tabulka 3.11 Index spokojenosti zákazníků lůžkové části – muži

Z vypočtených údajů, uvedených přehledně v tabulce 3.11, byl rovněž na základě vztahu 3.1 na str. 51 vypočítán index spokojenosti zákazníků pro mužskou část respondentů.

$$I_{ss} = (2,53 \cdot 0,09) + (2,47 \cdot 0,11) + \dots + (2,58 \cdot 0,10) = 2,77963$$

Výsledný index spokojenosti mužů dosahuje hodnoty 2,77963, což je hodnota mírně vyšší oproti celkovému indexu spokojenosti lůžkové části oddělení. Muži jsou tedy relativně spokojeni, neboť je výsledný index vyšší, než hodnota 2,0 a dosahuje 69,491 % z nejlepší možné hodnoty 4,0.

Nejvíce se na výsledné spokojenosti podílí znaky čistota a odbornost personálu, nejméně jsou naopak muži spokojeni se znaky velikost pokoje a hlučnost na oddělení.

	1.		2.		3.		4.		5.	
	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
průměr	2,74	0,09	2,19	0,11	2,39	0,09	3,48	0,11	3,10	0,11
dílčí I _{ss}	0,2388589		0,233917		0,2079478		0,3777944		0,354422	
podíl v %	8,64949%		8,47053%		7,53014%		13,68058%		12,83422%	

6.		7.		8.		9.		10.	
S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}	S _i	w _{is}
3,13	0,11	2,55	0,11	2,68	0,09	2,71	0,09	2,48	0,10
0,3515344		0,2916598		0,2332387		0,231165		0,2410004	
12,72966%		10,56150%		8,44597%		8,37088%		8,72703%	

Tabulka 3.12 Index spokojenosti zákazníků lůžkové části – ženy

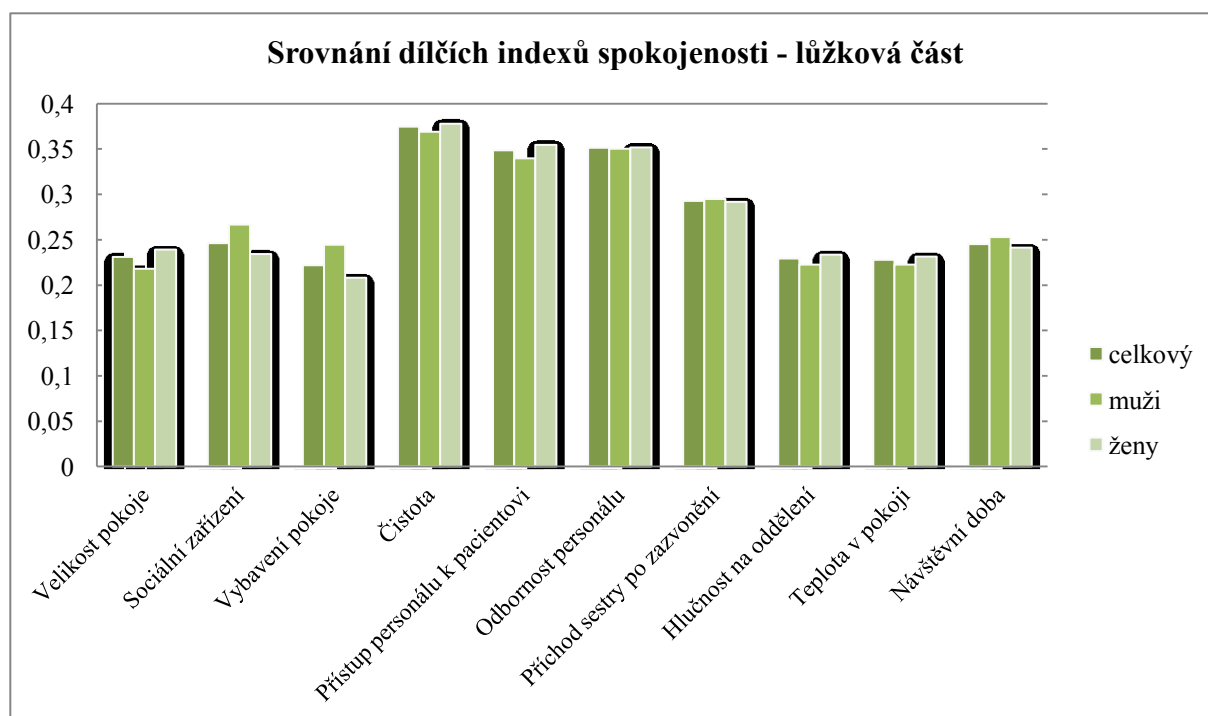
Z vypočtených údajů, uvedených přehledně v tabulce 3.12, byl znovu na základě vztahu 3.1 na str. 51 vypočítán index spokojenosti zákazníků pro ženskou část respondentů.

$$I_{ss} = (2,74 \cdot 0,09) + (2,19 \cdot 0,11) + \dots + (2,48 \cdot 0,10) = 2,76154$$

Výsledná hodnota indexu spokojenosti žen je 2,76154, což je hodnota nižší, než u indexu spokojenosti mužů. Nastává zde tak opačná situace, než u části s ambulancí. To ale neznamená, že by ženy nebyly s úrovní služeb na lůžkové část oddělení spokojeny. Hodnota je totiž stále vyšší než 2,0 a dosahuje 69,039 % z nejlepší možné hodnoty 4,0.

Nejvíce jsou ženy spokojeny se znaky čistota a přístup personálu k pacientovi, naopak nejméně jsou spokojeny se znaky vybavení pokoje a teplota v pokoji.

Na závěr bylo provedeno srovnání výše vypočtených indexů spokojenosti pacientů, tedy celkového indexu a indexu zvláště pro muže a pro ženy. Pro lepší interpretaci tohoto srovnání byly sestaveny grafy 3.9 a 3.10.

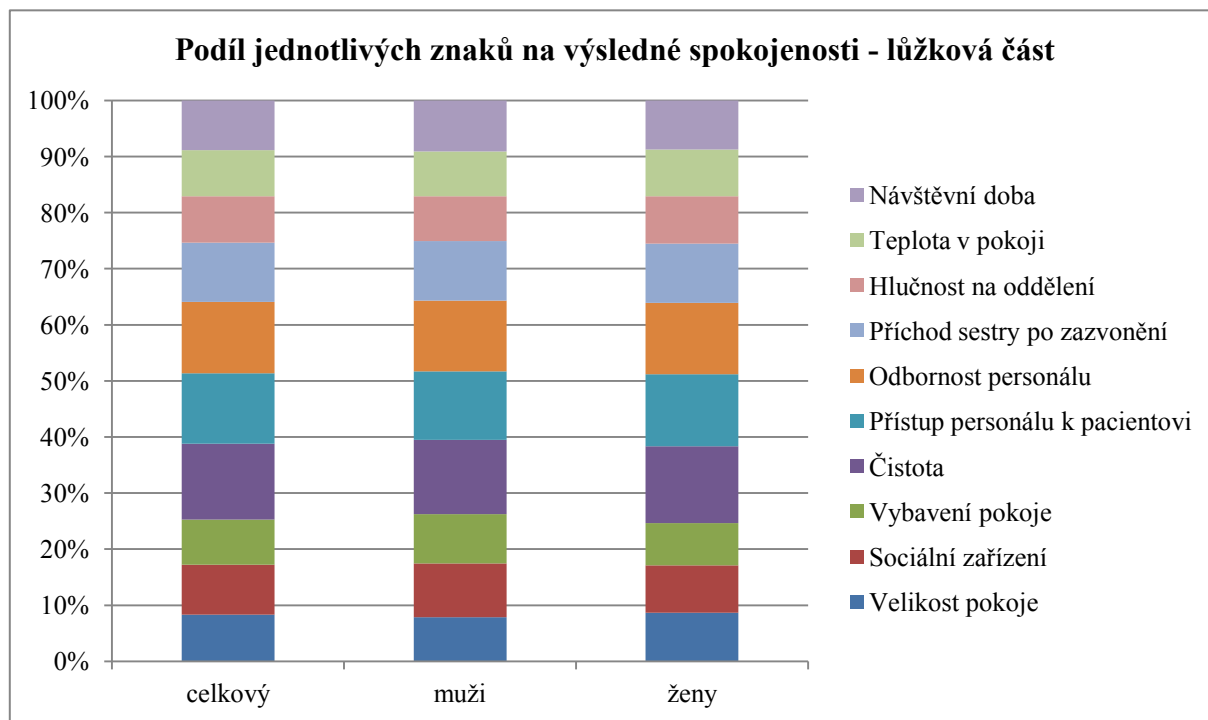


Graf 3.9 Srovnání dílčích indexů spokojenosti – lůžková část

V grafu 3.9 bylo provedeno srovnání dílčích částí jednotlivých indexů spokojenosti pacientů pro lůžkovou část. Všechny tyto části dávají po sečtení dohromady příslušný index.

Při pohledu na graf je zřejmé, že se hodnoty jednotlivých částí liší, avšak při srovnání hodnot jedné části z hlediska tří zmiňovaných indexů, jsou hodnoty takřka stejné a liší se jen v řádu tisíců bodů.

Největší rozdíl je v grafu zaznamenán u znaků velikost pokoje, sociální zařízení a vybavení pokoje, naproti tomu hodnoty znaků odbornost personálu a příchod sestry po zazvonění jsou takřka totožné.



Graf 3.10 Podíl jednotlivých znaků na výsledné spokojenosti – lůžková část

Naproti tomu graf 3.10 srovnává jednotlivé indexy z pohledu podílu jednotlivých znaků v % na výsledné hodnotě spokojenosti.

I zde jsou rozdíly mezi jednotlivými indexy nepatrné, většího rozdílu si lze na první pohled všimnout snad jen u znaků hlučnost na oddělení, vybavení pokoje a velikost pokoje.

3.5 Závěrečné shrnutí výsledků

Respondenti, tázaní v části s ambulancí, jsou nejspokojenější se schopností naslouchat pacientovi, vysvětlením diagnózy a naordinovanou léčbu, **nejméně spokojeni jsou s ordinační dobou, čekáním na termín vyšetření, čekáním po příchodu v čekárně a vybavením čekárny.**

V lůžkové části hodnotí tázaní respondenti nejlépe čistotu, odbornost a přístup personálu, **nejméně spokojeni jsou se sociálním zařízením, vybavením pokoje, teplotou v pokoji a návštěvní dobou.**

4 NAVRHOVANÁ ŘEŠENÍ PRO ZKVALITNĚNÍ SLUŽEB

4.1 Ambulance

Z provedeného dotazníkového šetření a následného vyhodnocení dat získaných touto cestou vyplynulo, že pacienti jsou v ambulantní části nemocničního oddělení nejméně spokojeni se znaky ordinační doba, čekání na termín vyšetření, čekání po příchodu v čekárně a vybavení čekárny.

a) Ordinační doba

Stávající situace

Nespokojenost s tímto znakem není moc překvapující, neboť ordinační doba pro ambulantní pacienty je pouze od pondělí do pátku od 7.30 do 11.30 hod. Toto samozřejmě celé řadě pacientů pracujících, ať už pouze dopoledne, či na směny, nevyhovuje.

Navrhovaná řešení

Navrhnout zde řešení je samozřejmě nasnadě - rozšířit ordinační dobu. Nabízí se dvě možnosti rozšíření. První možností je prodloužit dopolední ordinační dobu o hodinu či dvě, tedy do 12.30 či až do 13.30 hod.

Druhou možností pak je minimálně jeden, optimálně dva až tři dny v týdnu, zavést odpolední ordinační dobu, která nemusí mít rozpětí celé čtyři hodiny, jako ta dopolední, stačily by i dvě či tři hodiny. Např. pondělí, středa a čtvrtek navíc kromě dopoledních ordinačních hodin i od 15.00 do 17.00 či až do 18.00 hod.

b) Čekání na termín vyšetření

Stávající situace

Pacienti si podle výsledků dotazníkového šetření stěžují na dlouhé čekací lhůty na termín vyšetření. Mnohdy je pro ně lepší přijít do ambulance jednoduše bez předchozí objednávky s tím, že je jejich problém akutní a počkat, zda nebude mít lékař mezi objednanými pacienty chvíli volna. Pacient tak ovšem může čekat i celou ordinační dobu zbytečně a je tak odkázán na metodu „zkusím štěstí, třeba to vyjde“.

Navrhovaná řešení

Dlouhé čekání na termín vyšetření by mohlo zčásti vyřešit dříve zmiňované prodloužení ordinační doby, díky čemuž se na týden získá více možných termínů, na které by lékaři mohli pacienty objednávat.

V konkrétní řeči čísel: pokud za stávající situace ošetří lékař denně v průměru 20 pacientů, což je 5 pacientů za hodinu (při čtyř hodinové ordinační době), v případě prodloužení ordinační doby o dvě hodiny by denně ošetřil o 10 pacientů více. Za celý týden by tedy ošetřil místo původních 100 pacientů až 150 pacientů, tedy o 50 % více. V případě zavedení odpoledních ordinačních hodin by při 3 hodinách navíc třikrát týdně ošetřil o 45 pacientů více, tedy místo původních 100 pacientů až 145 pacientů, což je o 45 % více.

Další možností je zde zkrácení předpokládané doby vyšetření, od které jsou odvislé počty termínů, na které lze pacienty objednat. Pokud by místo průměrných 5 pacientů za hodinu ošetřil 6 pacientů, vzrostl by počet odbavených pacientů za den o 4. Za celý týden by tak ošetřil místo původních 100 pacientů až 120 pacientů, tedy o 20 % více.

c) Čekání po příchodu v čekárně

Stávající situace

Pacient je nucen po příchodu do čekárny dlouhý čas vyčkávat, než přijde na řadu a dostane se do ambulance na vyšetření.

Navrhovaná řešení

Tento znak je odvislý od toho, zda byl pacient předem objedнан či přišel bez objednání. Obecně zde však lze doporučit častější kontrolování čekárny prováděné sestřičkou v případě, že se v ambulanci zrovna nevyšetřuje.

Rovněž by bylo dobré zkrátit na minimum dobu mezi vyšetřováním jednotlivých pacientů, tedy dobu od odchodu jednoho pacienta z ordinace do příchodu dalšího pacienta do ordinace za předpokladu, že se v čekárně nacházejí pacienti.

d) Vybavení čekárny

Stávající situace

Čekárna se nachází na chodbě a jsou zde umístěny pouze tři židle. To je vše, nenachází se zde nic, co by pomohlo pacientovi ukrátit čas, po který zde musí čekat na vyšetření. Ani osvětlení čekárny není zrovna vyhovující, je zde nepříjemné šero, které navozuje ponurou atmosféru.

Navrhovaná řešení

Nelze samozřejmě přistavět jen tak místnost, do které by se čekárna přesunula, nicméně i tak by se dalo vybavení stávající čekárny vylepšit. Navýšení počtu židlí je z kapacitního hlediska možné, stejně tak přidání malého stolečku vedle dveří ordinace. Na tento stoleček

by se mohlo umístit několik výtisků časopisů všeho druhu a případně také letáčky různých druhů léčebných přípravků.

Osvětlení by se dalo zlepšit namontováním jednoho či dvou stropních svítidel navíc, což by z kapacitního i technického hlediska bylo jistě proveditelné.

4.2 Lůžková část

Z výsledků provedeného dotazníkového šetření vyplynulo, že pacienti jsou v lůžkové části nejméně spokojeni se znaky sociální zařízení, vybavení pokoje, teplota v pokoji a návštěvní doba.

a) Sociální zařízení

Stávající situace

Pacienti jsou se sociálním zařízením nespokojeni především z toho důvodu, že se nachází na chodbě oddělení a je navíc pouze jedno společné.

Navrhovaná řešení

Zde navrhované řešení by bylo nákladnější, než ta předchozí, avšak značně by zlepšilo celkové vnímání kvality pacienty tohoto oddělení. Nejlepší by tedy bylo, když už to nedovolují kapacity jednotlivých pokojů, vybudovat na chodbě alespoň jedno další sociální zařízení, čímž by bylo možno je rozlišit zvláště pro muže a zvláště pro ženy.

b) Vybavení pokoje

Stávající situace

Současné vybavení pokojů se pacientům nelíbí především z toho důvodu, že je zastaralé. Pokoje jsou navíc neosobní a neútluné. Stěny jsou holé, ve většině pokojů není ani televize, rádio, či alespoň knihy a časopisy. Pokoje jsou navíc vymalovány ponurými barvami, které navozují depresivní atmosféru.

Navrhovaná řešení

Vybavovat každý pokoj nejmodernějším zařízením by bylo finančně velice nákladné, nicméně zútulnit se dá i tak. Stačilo by vymalovat veselejšími barvami, pověsit na zdi několik obrázků, přidat časopisy, křížovky či noviny. Vyměnit některá ložní povlečení, či erární župany a pyžama by mělo být samozřejmostí.

Nemocnice by rovněž do pokojů mohla dávat základní toaletní potřeby. Z elektroniky by pacienti samozřejmě nejvíce ocenili televizi tam, kde již není. Umisťovat do každého pokoje novou televizi by však bylo dosti nákladné, ovšem v mnoha případech by stačilo obyčejné rádio.

c) Teplota v pokoji

Stávající situace

Teplota, která je standardně nastavena v pokojích, logicky nevyhovuje všem pacientům. Pro některé je zde přetopeno, pro jiné zase příliš chladno.

Navrhovaná řešení

U tohoto znaku by bylo nejlepší prosté dotazování každého pacienta zvláště, zda mu teplota v pokoji vyhovuje. Následně se pak pokusit nastavit v pokoji takovou teplotu, která by vyhovovala všem jeho obyvatelům stejně.

d) Návštěvní doba

Stávající situace

V současné době je návštěvní doba v pracovní dny od 14.15 do 17.00 hod. O víkendech a ve státní svátky pak od 9.00 do 11.00 hod.

Navrhovaná řešení

Pacientům nevyhovuje návštěvní doba především z toho důvodu, že ne všichni jejich příbuzní je mohou navštěvovat v odpolední době v rozpětí několika málo hodin. Mají své rodiny, svá zaměstnání a jiné starosti.

Zde by tedy bylo dobré zavést návštěvní dobu i v dopoledních hodinách nejen o víkendech a naopak odpoledne nejen v pracovní dny. Jinými slovy, stačilo by jen sjednotit návštěvní dobu na termín od 9.00 do 11.00 hod. dopoledne a současně od 14.15 do 17.00 hod. odpoledne.

5 ZÁVĚR

Cíl této bakalářské práce byl splněn. Byla doporučena zlepšení ohledně ordinační doby, čekání na termín vyšetření, čekání po příchodu v čekárně, vybavení čekárny u ambulance a ohledně sociálního zařízení, vybavení pokoje, teploty v pokoji a návštěvní doby v lůžkové části.

V teoretické části byla popsána kvalita jako pojem, s tím spojený management kvality i historie kvality. Navazovala část věnovaná kvalitě ve službách, vysvětlení pojmu „služba“ a nastíněny byly i odlišnosti kvality vnímané ve zdravotnickém zařízení. Dále byly rozvedeny pojmy „spokojenost“ a „loajalita“ zákazníka a metody jejich měření. Následoval popis sběru dat, zahrnující provádění výzkumu, metody sběru dat, druhy dat a sestavení dotazníku. Posléze byly popsány některé nástroje a techniky používané jak při vyhodnocování dat, tak i při návrhu a implementaci řešení v oblasti kvality. Na závěr zde byly popsány postupy hodnocení.

Aplikační část byla věnována analýze současného stavu spokojenosti pacientů Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o. Pro lepší vypovídací schopnost získaných dat bylo z nemocnice vybráno pouze jedno oddělení, skládající se z ambulance a lůžkové části. Za použití metod aritmetického průměru, okna zákazníka a indexu spokojenosti zákazníka byla zpracována a vyhodnocena data získaná z dotazníkového šetření, které probíhalo zvláště na ambulanci a zvláště v lůžkové části vybraného nemocničního oddělení v prvních dvou dubnových týdnech roku 2012.

Po vyhodnocení dat je zřejmé, že pacienti ambulance jsou nejméně spokojeni s čekáním na termín vyšetření, čekáním po příchodu v čekárně, ordinační dobou a vybavením čekárny. Pacienti lůžkové části jsou pak nejméně spokojeni se sociálním zařízením, vybavením pokoje, teplotou a návštěvní dobou.

Navrhovaná řešení jsou především pro ambulanci prodloužení ordinační doby, což by kromě zlepšení vnímání kvality tohoto znaku, pomohlo i ke většímu množství možných termínů vyšetření. To by vyřešilo i nespokojenost s čekáním na termín vyšetření. Mezi další doporučení v ambulanci pak patří zkrácení doby mezi vyšetřováním jednotlivých pacientů a rozšíření vybavení čekárny.

Pro lůžkovou část pak bylo navrženo vybudování dalšího sociálního zařízení na chodbě, zútulnění a obnovení vybavení pokojů a zavedení návštěvní doby i do dopoledních hodin v pracovní dny a do odpoledních hodin o víkendech a svátcích.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Odborná literatura

1. BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2011. 122 s. ISBN 978-80-86929-75-0.
2. CAUNT, John. *Time management - jak hospodařit s časem*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 120 s. ISBN 978-80-251-1538-1.
3. FILL, Chris. *Marketing Communications*. 1. vyd. Hertfordshire: Prentice Hall, 1995. 515 s. ISBN 0-13-150962-4.
4. HAGUE, Paul. *Průzkum trhu*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 234 s. ISBN 80-7226-917-8.
5. HUTYRA, Milan a kol. *Management jakosti*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, 2007. 209 s. ISBN 978-80-248-1484-1. Dostupné také z: http://www.elearn.vsb.cz/archivcd/FMMI/MJ/Hutyra_management_jakosti.pdf
6. KOHLÍČEK, Josef a kol. *Kapesní slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2000. 368 s. ISBN 80-7181-410-5.
7. KOZEL, Roman a kol. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.
8. KUPKA, Karel. *Statistické řízení jakosti*. 1. vyd. Pardubice: TriloByte, 1997. 191 s. ISBN 80-238-1818-X.
9. MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
10. NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001. 310 s. ISBN 80-7261-054-6.
11. NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2008. 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.
12. NENADÁL, Jaroslav a kol. *Moderní systémy řízení jakosti: Quality Management*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2002. 282 s. ISBN 80-7261-071-6.
13. OAKLAND, John S. *Total Quality Management: Text with Cases*. 1. vyd. Oxford: Butterworth – Heinemann, 1995. 370 s. ISBN 0-7506-2124-9.

14. VEBER, Jaromír a kol. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2010. 359 s. ISBN 978-80-7261-210-9.
15. VEBER, Jaromír a kol. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 164 s. ISBN 80-247-0194-4.

Elektronické dokumenty a ostatní

16. ČSN EN ISO 9000. *Systémy managementu kvality – Základní principy a slovník*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2006. 64 s. Třídící znak 01 0300.
17. *Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace* [online]. © 2012 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: <http://www.nemfm.cz>.

SEZNAM ZKRATEK

API	American Petroleum Institute
AQAP	Allied Quality Assurance Publication
ASME	American Society of Mechanical Engineers
CWQC	Company Wide Quality Control
DOE	Design of Experiment
EFQM	European Foundation for Quality Management
FMEA	Failure Mode and Effects Analysis
GMP	Good Manufacturing Practice
IRIS	International Railway Industry Standard
ISM	Integrované systémy managementu
ISO	International Organization for Standardization
ISO/TS	International Organization for Standardization / Technical Specification
MP3	Motion Picture 3
ORL	Otorinolaryngologie
p. o.	příspěvková organizace
QFD	Quality Function Deployment
TQM	Total Quality Management
VŠB-TU	Vysoká škola Báňská – Technická univerzita

PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 11. května 2012

.....
Martina Brňovjáková

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Schéma organizační struktury Nemocnice F-M

Příloha č. 2: Certifikát ISO 9001:2008

Příloha č. 3: Certifikát „Nemocnice 21. století“

Příloha č. 4: Dotazník „ambulance“

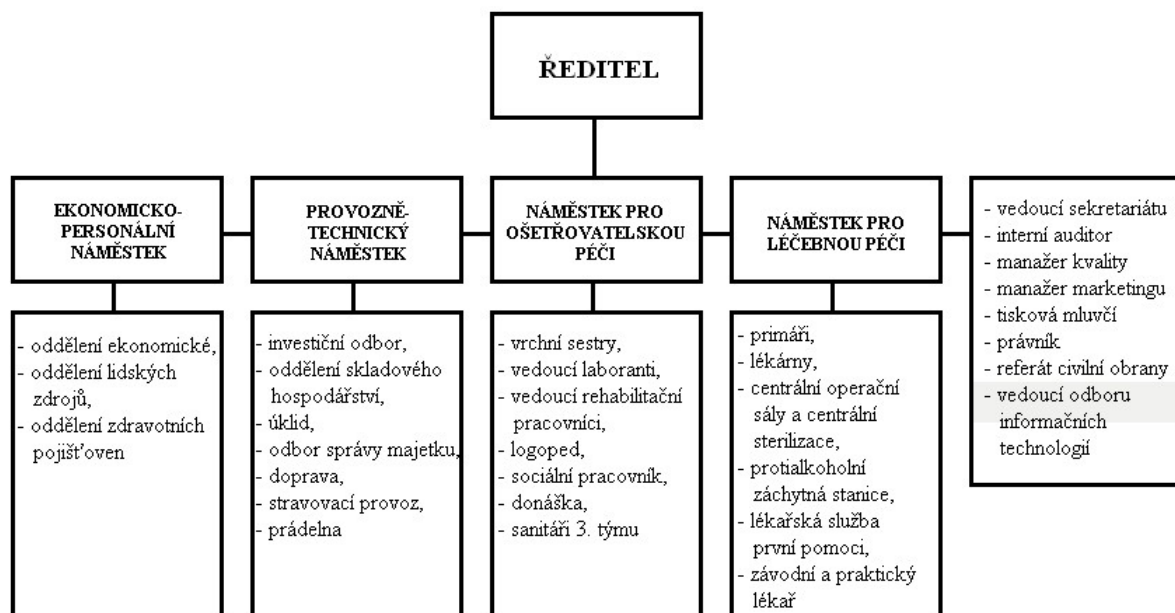
Příloha č. 5: Dotazník „lůžková část“

Příloha č. 6: Kompletní výsledky dotazníkového šetření „ambulance“

Příloha č. 7: Kompletní výsledky dotazníkového šetření „lůžková část“

PŘÍLOHA Č. 1: SCHÉMA ORGANIZAČNÍ STRUKTURY NEMOCNICE F-M

(Zdroj: [17])



(Zdroj: [17])



LL-C (Certification)

Osvědčujeme a prohlašujeme, že systém managementu kvality ve společnosti

Nemocnice ve Frýdku-Místku,
příspěvková organizace

El. Krásnohorské 321
738 18 Frýdek-Místek

byl prověřen a shledán splňující požadavky normy

ISO 9001:2008

pro předmět činnosti

Technicko-hospodářská správa nemocnice.

Tento certifikát byl vydán pod číslem **5259** a je platný od 20. února 2012 do 28. února 2015.

to be

LL-C (Certification)



LL-C (Certification) Czech Republic s.r.o. Vinohradská 184 Praha 3 - Vinohrady 130 52

PŘÍLOHA Č. 3: CERTIFIKÁT „NEMOCNICE 21. STOLETÍ“

(Zdroj: [17])



PŘÍLOHA Č. 4: DOTAZNÍK „AMBULANCE“

Vážený pane/Vážená paní,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad ke zpracování bakalářské práce na téma „Zlepšování kvality služeb zdravotnického zařízení“. Dotazník je zcela anonymní a Vaše názory poslouží pouze pro účely řešení zmiňované práce.

Děkuji za Vaši pomoc a čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

Martina Brňovjaková, studentka ekonomické fakulty VŠB

U každého ze dvou sloupců vyberte prosím jednu z uvedených možností.

Spokojenost (Jak jste spokojeni s kvalitou dané služby?)

- 1 – velmi nespokojen/a
- 2 – nespokojen/a
- 3 – spokojen/a
- 4 – velmi spokojen/a

Důležitost (Jak je pro Vás při celkovém hodnocení daná služba důležitá?)

- 1 – nedůležitá
- 2 – méně důležitá
- 3 – důležitá
- 4 – extrémně důležitá

AMBULANCE	Spokojenost				Důležitost			
Doba čekání na termín vyšetření								
Ordinační doba								
Čekání po příchodu v čekárně								
Dostatek míst k sezení								
Vybavení čekárny								
Vybavení ordinace								
Chování sestry								
Chování lékaře								
Schopnost naslouchat pacientovi								
Rychlost vyšetření								
Vysvětlení (tlumočení) diagnózy								
Naordinovaná léčba								

Vaše pohlaví

- Muž
- Žena

PŘÍLOHA Č. 5: DOTAZNÍK „LŮŽKOVÁ ČÁST“

Vážený pane/Vážená paní,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad ke zpracování bakalářské práce na téma „Zlepšování kvality služeb zdravotnického zařízení“. Dotazník je zcela anonymní a Vaše názory poslouží pouze pro účely řešení zmiňované práce.

Děkuji za Vaši pomoc a čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

Martina Brňovjaková, studentka ekonomické fakulty VŠB

U každého ze dvou sloupců vyberte prosím jednu z uvedených možností.

Spokojenost (Jak jste spokojeni s kvalitou dané služby?)

- 1 – velmi nespokojen/a
- 2 – nespokojen/a
- 3 – spokojen/a
- 4 – velmi spokojen/a

Důležitost (Jak je pro Vás při celkovém hodnocení daná služba důležitá?)

- 1 – nedůležitá
- 2 – méně důležitá
- 3 – důležitá
- 4 – extrémně důležitá

LŮŽKOVÁ ČÁST	Spokojenost				Důležitost			
Velikost pokoje								
Sociální zařízení								
Vybavení pokoje								
Čistota								
Přístup personálu k pacientovi								
Odbornost personálu								
Příchod sestry po zazvonění								
Hlučnost na oddělení								
Teplota v pokoji								
Návštěvní doba								

Vaše pohlaví

- Muž
- Žena

PŘÍLOHA Č. 6: KOMPLETNÍ VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ „AMBULANCE“

Vysvětlivky

- 1.** Doba čekání na termín vyšetření
- 2.** Ordinační doba
- 3.** Čekání po příchodu v čekárně
- 4.** Dostatek míst k sezení
- 5.** Vybavení čekárny
- 6.** Vybavení ordinace
- 7.** Chování sestry
- S** – Spokojenost

- 8.** Chování lékaře
- 9.** Schopnost naslouchat pacientovi
- 10.** Rychlost vyšetření
- 11.** Vysvětlení (tlumočení) diagnózy
- 12.** Naordinovaná léčba
- Ž** – Žena
- M** – Muž
- D** – Důležitost

Res pon dent	1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.		8.		9.		10.		11.		12.		Ž/M
	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	
1	2	3	2	4	1	4	1	4	1	3	3	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	Ž
2	3	4	3	4	2	4	1	4	2	2	3	4	2	4	2	4	2	3	2	3	2	3	2	3	Ž
3	1	4	1	4	1	4	1	3	2	2	3	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	Ž
4	1	4	1	4	1	4	2	3	2	2	3	4	1	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	M
5	1	4	1	4	1	3	1	4	2	3	3	4	1	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
6	1	4	1	4	1	4	1	4	2	3	3	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	M
7	1	4	1	4	1	4	1	3	2	3	3	4	1	4	1	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
8	1	4	1	4	1	4	1	4	2	3	2	3	1	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2	4	Ž
9	2	4	2	4	2	4	2	4	2	3	2	3	1	4	2	4	2	3	2	3	2	3	2	3	Ž
10	1	4	1	4	1	4	1	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	M
11	1	4	1	4	1	4	1	4	2	3	2	3	1	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2	4	M
12	1	4	2	4	2	4	2	4	2	3	2	3	1	4	1	4	3	4	3	4	3	4	3	4	M
13	1	4	1	4	1	4	1	3	2	3	2	3	1	4	1	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
14	1	4	1	4	1	4	1	4	2	3	2	3	1	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
15	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	M
16	3	3	3	2	3	2	3	3	4	2	4	3	4	4	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	M
17	3	3	2	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	2	4	3	4	Ž
18	2	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	2	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	Ž
19	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	2	4	M
20	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	M
21	4	4	3	4	2	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	Ž
22	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	Ž
23	3	3	3	3	2	3	3	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	Ž
24	2	3	1	3	1	3	3	3	4	3	4	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	M
25	1	4	1	4	1	4	1	4	3	2	3	2	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	M
26	1	4	1	4	1	4	1	4	3	1	3	1	1	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2	4	Ž
27	1	4	1	4	1	4	1	3	2	2	2	2	1	4	1	4	2	3	3	3	3	3	3	3	Ž
28	2	4	3	4	3	4	3	4	4	2	4	2	2	3	2	3	4	4	3	4	3	4	3	4	Ž
29	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	M

30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
31	1	4	1	4	1	4	1	4	2	2	2	2	1	4	1	4	2	4	3	4	3	4	3	4	Ž
32	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	Ž
33	2	3	1	4	2	4	1	3	2	3	2	3	1	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
34	2	4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
35	3	4	4	3	3	3	4	4	3	2	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	Ž
36	1	3	2	3	1	3	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	Ž
37	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	M
38	2	3	3	3	3	3	1	2	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
39	2	4	2	4	2	4	2	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	2	4	3	4	Ž
40	1	3	3	1	1	3	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	3	1	1	3	3	3	1	Ž
41	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	4	4	3	4	3	4	3	4	3	2	2	4	2	4	Ž
42	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Ž
43	2	4	2	4	2	4	2	4	3	3	3	3	2	4	2	4	2	3	2	3	2	3	2	3	M
44	2	4	2	4	2	4	2	4	3	2	3	2	2	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	M
45	2	4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	2	4	2	4	M
46	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
47	2	4	3	4	2	4	2	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	M
48	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Ž
49	2	4	3	3	2	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
50	3	4	3	3	3	4	2	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	M
51	3	4	3	3	1	4	1	4	1	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	Ž
52	3	4	3	3	2	4	2	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	M
53	2	4	3	4	2	4	2	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
54	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
55	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
56	3	4	3	4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
57	2	4	2	4	2	4	2	4	3	3	3	3	2	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	M
58	2	3	2	3	2	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	Ž
59	3	2	4	3	2	4	4	4	3	1	3	2	4	3	4	4	3	3	2	3	3	4	2	4	M
60	3	2	2	4	1	4	3	4	3	1	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	4	4	2	4	Ž
61	3	2	2	3	1	4	3	2	3	1	4	1	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	Ž
62	3	3	3	3	2	4	3	3	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	M
63	2	3	4	2	1	3	3	3	3	2	4	4	3	4	3	4	4	4	3	2	4	4	3	4	Ž
64	2	3	3	4	3	4	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	3	Ž
65	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	1	4	Ž
66	1	3	3	2	1	4	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	4	M
67	2	3	3	3	2	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	2	3	1	4	2	4	2	4	Ž
68	1	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	1	4	2	3	4	2	3	1	3	1	2	4	M
69	2	4	3	2	1	4	3	2	3	1	4	1	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	M
70	3	3	2	4	2	3	3	2	2	1	3	1	3	4	3	4	2	3	3	4	3	3	4	4	Ž
71	3	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	4	2	4	3	4	3	3	M

72	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	4	Ž
73	3	3	3	3	2	4	3	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	Ž
74	3	3	4	2	3	3	4	3	4	2	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	4	3	4	Ž
75	2	3	2	4	2	2	3	2	3	1	2	3	3	4	1	4	3	3	3	3	1	4	1	4	Ž
76	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	4	3	3	3	4	3	4	3	1	3	4	2	4	Ž
77	1	4	2	4	2	3	3	2	2	1	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	M
78	3	3	3	4	2	3	2	3	3	1	3	2	2	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	Ž
79	3	3	4	4	3	2	4	4	2	1	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	Ž
80	2	4	3	4	2	4	2	4	2	4	3	4	1	1	2	3	3	4	2	4	2	4	3	4	M
81	3	1	3	2	4	4	3	2	3	1	4	3	4	4	3	4	4	4	3	2	4	3	3	3	M
82	3	3	2	2	2	3	3	4	3	1	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	2	4	3	3	Ž
83	1	2	2	3	1	3	3	1	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	M
84	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	1	3	3	4	4	Ž
85	2	4	3	3	2	4	3	2	2	1	3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	Ž
86	4	2	3	3	4	2	4	2	3	1	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	M
87	4	2	4	4	3	2	3	3	3	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	Ž
88	2	4	3	3	2	4	4	1	3	1	3	3	3	3	3	4	3	4	4	2	4	3	4	3	M
89	1	4	1	4	1	4	3	1	3	1	3	3	2	3	2	4	2	3	3	1	1	4	1	4	M
90	4	4	3	4	2	4	3	1	4	1	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	Ž
91	3	4	3	3	1	4	4	2	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	Ž
92	4	2	3	3	3	2	4	2	4	2	4	3	4	3	3	4	4	4	4	2	3	3	4	4	M
93	4	3	3	2	4	3	4	1	3	1	3	3	4	3	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	M
94	2	4	3	4	2	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	Ž
95	3	3	4	3	3	3	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Ž
96	3	2	3	2	2	3	4	1	3	1	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	M
97	4	3	4	3	4	3	4	2	4	2	3	4	3	3	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	M
98	3	4	4	4	2	4	2	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	Ž
99	2	3	3	3	3	4	4	2	3	2	3	4	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	Ž
100	1	4	2	3	3	4	1	3	1	1	4	3	2	3	2	4	2	2	3	3	3	2	3	4	M

PŘÍLOHA Č. 7: KOMPLETNÍ VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ **„LŮŽKOVÁ ČÁST“**

Vysvětlivky

1. Velikost pokoje
2. Sociální zařízení
3. Vybavení pokoje
4. Čistota
5. Přístup personálu k pacientovi
6. Odbornost personálu
- S – Spokojenost

7. Příchod sestry po zazvonění
8. Hlučnost na oddělení
9. Teplota v pokoji
10. Návštěvní doba
- Ž – Žena
- M – Muž
- D – Důležitost

Res pon dent	1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.		8.		9.		10.		Ž/M
	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	
1	2	3	1	4	2	3	4	4	3	4	3	4	2	4	2	3	2	3	2	3	Ž
2	2	4	1	4	2	4	3	4	3	4	3	4	1	4	2	4	2	4	2	4	M
3	2	4	1	4	2	3	3	4	3	4	3	4	1	4	2	3	2	3	2	3	Ž
4	1	3	1	4	2	3	3	4	3	4	3	4	1	4	2	3	2	3	1	3	Ž
5	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	Ž
6	3	2	3	1	1	2	1	1	1	3	1	3	1	3	2	3	1	3	1	3	Ž
7	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	M
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	2	4	2	Ž
9	3	2	3	3	3	2	4	3	4	4	3	4	3	3	2	3	2	3	3	3	M
10	1	4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2	2	M
11	4	2	4	3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	Ž
12	2	4	1	4	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	Ž
13	2	3	1	4	2	3	4	4	3	4	3	4	1	4	2	3	2	3	1	4	Ž
14	2	4	1	4	2	3	2	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	Ž
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	4	M
17	2	3	1	4	3	3	4	4	4	3	4	3	1	4	3	3	3	2	4	4	M
18	3	3	1	4	3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	3	3	3	3	1	4	Ž
19	3	3	1	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	Ž
20	2	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	4	3	4	2	3	1	3	3	3	M
21	2	2	4	2	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	2	M
22	2	1	3	3	2	2	3	3	3	4	3	4	2	4	2	2	2	2	1	4	M
23	3	2	3	4	2	1	3	3	2	4	3	4	2	4	3	1	3	1	3	2	Ž
24	3	2	2	4	3	2	4	4	3	3	3	3	3	4	3	1	3	1	3	4	M
25	3	3	3	4	2	3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	M
26	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	M
27	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	Ž
28	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3	3	Ž
29	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	3	3	2	4	Ž
30	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	Ž

31	3	4	4	3	3	3	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
32	3	2	3	3	2	2	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3	2	M
33	3	3	3	4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	2	3	2	Ž
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	M
35	2	3	1	4	2	3	3	4	2	4	2	4	1	4	1	4	1	4	1	4	Ž
36	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Ž
37	2	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	Ž
38	2	3	1	4	1	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Ž
39	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	Ž
40	3	3	2	4	2	3	4	3	3	4	3	4	2	4	2	3	2	3	3	3	Ž
41	2	4	2	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	2	M
42	3	1	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	Ž
43	3	3	2	4	2	3	4	4	3	4	3	4	2	4	2	3	3	3	2	4	Ž
44	3	3	2	4	2	3	4	3	2	2	2	3	2	3	1	2	3	2	1	2	Ž
45	3	2	2	4	2	3	3	4	2	4	3	4	2	4	1	2	2	2	2	3	M
46	2	2	1	4	2	3	4	4	3	4	3	4	2	4	2	3	3	3	1	3	M
47	3	3	1	4	2	3	4	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	2	3	Ž
48	3	3	1	4	2	3	4	3	3	4	3	4	1	4	2	2	2	2	1	2	Ž
49	3	3	3	4	2	4	4	4	3	4	3	4	2	4	2	3	2	3	2	3	M
50	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Ž

